

سيكولوجية أسرة المعوق بصرياً

(التشخيص والعلاج)

دكتور
شاهين رسلان

دار غريب

للمطبعة والنشر والتوزيع
القاهرة

سيكولوجية أسرة المعوق بصريا

سيكولوجية أسرة المعوق بصريا



مفهوم

الإعاقة البصرية

دكتور

تنهاين رسلان

دار غريب
للطباعة والنشر والتوزيع
القاهرة

سيكلوجية أسرة
المعوق بصرياً

الدكتور

شاهين عبد الستار سنان

الكتاب: سيكلوجية أسرة المعوق بصرياً

المؤلف: الدكتور، شاهين عبد الستار

تاريخ النشر: ٢٠١٤م

رقم الإيداع: ٢٠٩٩٧

الترقيم الدولي: 6-173-463-977-I.S.B.N.978

جميع حقوق الطبع محفوظة

لدار غريب للطباعة والنشر والتوزيع

القاهرة - مصر

ويحظر طبع أو تصوير أو ترجمة أو إعادة لتضخيد
الكتاب كاملاً أو مجزأً أو تسجيله على أشرطة
كاسيت أو إدخاله على الكمبيوتر أو برمجته
على أسطوانات ضوئية إلا بإمالة الناشر خطياً.

Exclusive rights by ©

Dar Ghareeb for printing pub. & dist.

Cairo - Egypt

No part of this publication may be translated,
reproduced, distributed in any form or by any
means, or stored in a data base or retrieval
system, without the prior written permission
of the publisher.

الناشر:

دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع

الإدارة والمطبع:

١٢ شارع نوبار لاطوغلى (القاهرة)

تليفون: ٠٠٢٠٢٧٩٤٢٠٧٩ فاكس: ٠٠٢٠٢٧٩٥٤٢٢٤

التوزيع:

٢ شارع كمال صدقي المتجالة - القاهرة

تليفون: ٠٠٢٠٢٥٩١٧٩٥٩

www.darghareeb.com

إهداء

قال تعالى

﴿الْأَخِلَاءُ يَوْمَئِذٍ بَعْضُهُمْ لِبَعْضٍ عَدُوٌّ إِلَّا الْمُتَّقِينَ﴾

آيه ٦٧ سورة الزخرف

إلى الرفاق الكرام

الأساتذة الكبار

لواء/ محمد محمود فرغلي

لواء/ محمود شكرى محمود

تحية إعزاز وتقدير ووفاء

لصداقتنا عبر السنين

شاهين رسلان

وضعه خاصة فى الأماكن المألوفة لديه لأن حركته فى الأماكن غير المألوفة يسبب له كثيرًا من الحرج - خاصة فى المدن والمواصم التى تتسم بالكثافة الكبيرة فى عدد السكان وازدحام الشوارع بالسيارات الأمر الذى يتطلب معينات للكفيف تواكب العصر وتساعد الكفيف على الحركة وسط المتغيرات فى البيئة الجديدة وتطور وسائل المواصلات (مترو الأنفاق - الكبارى العلوية - السلاالم الكهربائية) والمصا المطارات ومترو الأنفاق) والتى من أهمها: المعينات التكنولوجية (النظارات) والمصا ولعل وجود طفل كفيف فى الأسرة قد يسبب بعض المشكلات والمتاعب اليومية والتى من أهمها القلق على مستقبله، والحيرة فى كيفية تقديم أفضل رعاية ومساعدته على تخطى صعوبة الاعاقة. ولعل دور الأسرة فى رعاية أى طفل يبدأ من مرحلة الجنين فى بطن الأم بتقديم الرعاية للأم الحامل ولكن فى حالة الكفيف أو ضعيف البصر تبدأ منذ الولادة أو اكتشاف اعاقته البصرية ومن هنا يأتى الدور الأعظم للأسرة فى تقديم الرعاية الطبية للطفل الموق بصريا فى مساعدته فى التخفيف من حجم الاعاقة وتقديم العلاج الطبى المناسب وأيضًا التعاون مع المؤسسات التربوية والاجتماعية فى الاستفادة من البرامج التأهيلية التى تساعد الموق بصريا للتوافق مع البيئة التى يعيش فيها وأيضًا دور الأسرة فى تغيير النظرة السلبية للمكفوفين خاصة العبارات التى توجه اليهم (مسكين - ضير - عاجز - أعمى - يا حرام) التى تنم عن عدم وعى ومن هنا كان الاهتمام بأسرة الطفل الموق بصريًا لأنها تلعب الدور الأكبر والأساس فى تشكيل شخصية أطفالها وتقويم سلوكهم بما يتناسب مع عاداتنا وتقاليدنا المستمدة من الشرائع السماوية.. وبالتالي فإن المباء الأكبر فى هذا الدور على الآباء والأمهات ولو أدركوا هذا الدور فى تكوين شخصيات أطفالهم ومزجوا هذا الإدراك الواعى بالحنان الطبيعى الذى زودهم به الله سبحانه وتعالى نحو أطفالهم، لبذلوا الجهد الطيب حتى يحيطوا أطفالهم بالجو الصحى الذى يساعدهم كثيرًا فى ضبط سلوكهم ووقايتهم من

على البر والتقوى، ومساعدة المعوقين، والشفقة بهم والرحمة عليهم، وأن لهم ما لنا، وعليهم ما علينا فى حدود قدراتهم وإمكانياتهم، ومن هنا كان من الضرورة إنشاء بعض الأماكن التى يحتاجها المعوقون بصريًا والذى تساعدهم على مواجهة الحياة التى يعيشون فيها، ومن هنا نؤكد على أهمية احترام الإنسان كإنسان بغض النظر عن القصور الذى أصابه؛ لأن الناس سواسية من الناحية الإنسانية، أما إذا أصاب الإنسان أى عجز أو قصور سواء أكان القصور عقليًا أم حسيًا، فإن هذا القصور لا يعوقه عن التمتع بإنسانيته، وحقه فى الحياة أسوة بباقي أفراد المجتمع، ولا شك أن الإعاقة البصرية من أبرز الإعاقات وأكثرها انتشارًا؛ لأن حاسة البصر من الحواس المهمة فى حياة أى كائن حتى خاصة الإنسان؛ لأن الحرمان من حاسة البصر يفقد الفرد معظم خبراته اليومية، فالبصر ينفرد دون غيره من الحواس الأخرى بنقل المعلومات عن معظم جوانب البيئة الاجتماعية والمادية المحيطة بالإنسان، وما تحتويه من تفاعلات وعلاقات إلى العقل الذى يترجمها بدوره فى ضوء المعلومات والخبرات السابقة إلى موضوعات ذات معنى، ومن هنا كان من الضروري الاهتمام بهذه الفئة بعد التزايد المستمر فى الإعاقات، ووصولهم إلى معدلات عالية، وقدرت منظمة الصحة العالمية عدد المكفوفين فى العالم بحوالى ٤٥ مليون نسمة، وفى جمهورية مصر العربية تصل فيه نسبة المكفوفين إلى ما يقرب من مليون نسمة، وهى نسبة لا يستهان بها، وخاصة أنها فى تزايد مستمر نتيجة شيوع ظاهرة انتشار زواج الأقارب، وقلة الوعي البيئى، وقد ذكر بعض الباحثين المراحل التاريخية التى مرت برعاية المعوقين بصريًا، وكانت أربع مراحل:

١- المرحلة الأولى: هي النظرة الدونية، وعدم الاهتمام بهم، ونبتهم، وأنهم فساد في الأرض، وأنهم تجسيد لفضب الآلهة، وعبه على الأمة والمجتمع، ويجب التخلص منهم بكل الطرق وعزلهم عن المجتمع.

تأسست أول مدرسة للمكفوفين فى باريس عام ١٨٧٤م على يد المربى فالنتين هاوى، وفى المدرسة نجح لويس برايل (١٨٠٩-١٨٥٢) عام ١٨٢٩م، وساعده فى ذلك ضابط فرنسى فى اختراع نظام نقطى مكن المكفوفين من القراءة والكتابة بأحرف نقطية يتم إبرازها على ورق سميك، واستخدام المخرز، وهى ما تعرف بطريقة برايل، أما فيما يتعلق بالمهارات الحركية فهى من أكثر المجالات تأثراً بالإعاقة البصرية؛ لأن الطفل الموق بصرياً لا يستطيع أن يتحرك ويمارس الأنشطة التى تتعلق بالحركة كالطفل العادى، خاصة إذا ما أراد توسيع دائرة محيطه الذى يعيش فيه، فالإعاقة البصرية تحد من النشاطات التى تتطلب حركة الطفل من مكان إلى آخر، وبالتالي الإعاقة تؤدى إلى اضطراب حركته، وعدم قدرته على التقل، وتحد من فرص اللعب لديه أسوة بالطفل العادى، ومن التعرف على بيئته الخارجية المحيطة به، فهو يعيش فى عالم ضيق تفرضه عليه آثار هذه الإعاقة من جانب، والاتجاهات الاجتماعية نحوهما من جانب لآخر؛ ولذا كانت حركة الموق بصرياً خاصة الأعمى فى حركة تتسم بالكثير من الحذر واليقظة حتى لا يصطدم أو يقع على الأرض نتيجة تمثره بشيء ما أمامه؛ ولذلك كانت حاجة الأعمى إلى الرعاية والمساعدة ضرورية ولا غنى عنها، ويحتاج إلى مساعدة الآخرين والاعتماد عليهم إلى حد ما فى قضاء حاجاته، ومثل هذا الموقف يؤثر تأثيراً كبيراً على علاقاته الاجتماعية مع الأفراد المحيطين به، وقد يتخذ الكفيف موقفاً مغايراً من المساعدة التى تقدم إليه، فيرفضها مثلاً، وهو إما أن يرفض بذلك عجزه، فينمو باتجاه الشخصية القسرية، أو يقبله أو يرفض المساعدة، فينمو باتجاه الشخصية الانسحابية، وكلا الموقفين يؤدى إلى عدم التكيف الشخصى والاجتماعى، والاضطراب النفسى نتيجة الشعور بالمجز والدونية، والتوتر وفقدان الشعور بالطمأنينة والأمن، ومما لا شك فيه أن للبيئة دوراً كبيراً فى إحساسه بإعاقته كالإشفاق والحماية الزائدة والتجاهل والإهمال، مما يسهم فى تصاعد

حاسة الإبصار (العين)

تعد العين من أهم مكونات الجهاز البصرى لدى الإنسان، فالجهاز البصرى يتكون من العينين والعصبين البصريين اللذين يخرجان من شبكتى العين، وهما العصب الثانى الذى ينتهى فى المخ، ويرسل الإشارات إلى المخ عندما تظهر الصورة المرئية على الشبكية خلف العين، فتحدث الرؤية، والعصب الثالث المحرك للعين، ويشترك فى عمله عدد ست عضلات تحرك العين، بالإضافة إلى العضلة المسئولة عن التحكم فى حجم إنسان العين (عبد الوهاب كامل ١٩٩٧)، فالعين آلة دقيقة التركيب يمكنها تمييز الأشياء الدقيقة، وهى تشبه آلة التصوير، من وجوه عديدة، فهى آلة التصوير شريط حساس هو الفيلم تتطبع عليه صور الأشياء، وكذلك توجد بالعين طبقة حساسة تسمى الشبكية، تنعكس عليها صور المرئيات، وكما توجد لآلة التصوير فتحة يمكن توسيعها وتضييقها عند الحاجة لضبط كمية الضوء اللازمة لالتقاط الصور، توجد بالعين فتحة، هى حدة العين تتسع وتضيق من تلقاء نفسها تبعاً لكمية الضوء ودرجة سطوعه (عبدالحليم محمود، ١٩٩٠).



والخلايا الحسية فى الشبكية صغيرة جداً، يبلغ قطرها من واحد إلى اثنين ميكرون وطولها حوالى ١٠ ميكرونات، وهى ملتصقة ببعضها، ويوجد منها فى الشبكية حوالى ١٢٥,٠٠٠,٠٠٠ خلية (عزت إسماعيل ١٩٨٢)، والشبكية هى الموقع البصرى للصورة، ويمكن تقسيمها إلى محيط ومركز، فهما يختلفان وظيفياً وبنائياً عن بعضهما البعض، فالبصر المحيطى (أو الطرفى) له القدرة على رؤية الضوء والظلام، الحركة (وظيفة الشبكية المحيطة)، والخلايا العصبية هى المستقبلات التى تخدم هذه القدرة، أما البصر المركزى أو البصر الموجه نحو الجسم فله القدرة على تمييز الألوان (وظائف الشبكية المركزية)، والخلايا المخروطية هى المستقبلات البصرية الرئيسية لهذه الوظائف (Van Hofvan & Mohn)، وتلف الشبكية يمكن أن يحد من القدرة على استقبال ونقل المعلومات البصرية، فالبصر يتميز عن غيره من الحواس بكثرة عدد الإحساسات التى يمكن أن ينتجها، فمن الممكن أن تركز بصرك على كلمة مكتوبة بالحبر الأسود على ورقة بيضاء من كتاب، أو تنظر من النافذة، فترى منظرًا مليئًا بالأشياء من مختلف (الظلال والألوان والأشكال والحجوم)، يمكنك أن ترى مدى كاملاً من النصوص Brightness يعتمد من الأبيض الخالص حتى الرمادى بمختلف درجاته، ثم الأسود القائم، بالإضافة إلى كل ألوان قوس قزح Rainbow التى تمتد بين الأزرق الناصع Vivid Blue إلى الأحمر الطوبى Muddy Red، وطبقاً لأحد التقديرات تستطيع أعيننا أن تميز بين ٢٥٠,٠٠٠ فرق من الألوان والنصوص، وهذا يعنى أن حاسة البصر ذات أهمية كبيرة (فاروق موسى، ١٩٨٥).

عدسة العين :

عدسة العين مثل عدسة آلة التصوير، غير أن عدسة آلة التصوير تحتاج دائماً إلى ضوابط بوسائل ميكانيكية، أما عدسة العين فتقوم بضبط عضلات العين

ثانياً: الشكل الأرضية، Figure Grpund

تركيز علماء الجشطالت على الكليات المتحدة لا يعنى أنهم يعترفون بالانفصال بين الوحدات، فمن وجهة نظرهم أن الجشطالت (الشكل والأرضية) يمكن أن يشار إليه على أنه كل معزول بنفسه، أو منفصل عن الكليات الأخرى، ومن هنا هذا التصور للجشطالت وعلاقته بالجشطالتات الأخرى، خرجت فكرة الشكل والأرضية (أنور الشرقاوى، ١٩٩١)، فكل شيء ندرکه غالباً على الأرضية، ففى أى مثير إدراكى يوجد فى الغالب جانب أو جزء من المثير يبرز كشكل فى وقت معين على أرضية معينة، ويتضح هذا المبدأ من ملاحظاتنا اليومية: الجبل يبرز على السماء التى تبدو من خلفه، والبرتقال على أوراق الشجرة الخضراء، والممثلون على الفرقة وفى رسم لوحة، يقدم الرسام الموضوع، أو الفكرة الرئيسية على أرضية من المصاحبات الموسيقية، وحينما لا يتحدد الشكل والأرضية بوضوح، قد تحدث تنقلات وتحولات فى الإدراك بسبب نقص المرجع Reference، أو الحرس An-chorage، فالملاقة بين الشكل والأرضية للأجزاء المختلفة من المثير قد تتغير فى أوقات مختلفة بما يطلق عليه الأشكال المتعاكسة Reversible Figures، ويستخدم مبدأ الأشكال المتعاكسة ليعين أن الخبرة السابقة بمثيرات مشابهة، والحالات العقلية للشخص الملاحظ يمكن أن تحدد أجزاء من المثيرات المركبة سوف تسيطر كشكل أولى، أى أن الخبرة فى هذه الحالة تحدد ذلك الجانب من المثير المركب الذى يبرز كشكل (طلعت منصور وآخرون ١٩٨٩)، وتشيرى - لورش (١٩٦٧) أنه يسهل على الطفل إدراك الأشكال المتباينة قبل المتقاربة، أو المتشابهة، ففى سن الرابعة يستطيع الطفل التمييز بين الأشكال المثقوبة، المفتوحة، المغلقة، ويخلط الأملفال فيما بين سن (الرابعة - السادسة) فى التمييز بين المثلث والمربع والمستطيل، وفى سن السابعة والثامنة يميز الأطفال بين الأشكال، وتقل أخطاؤها بالتدرج (ى - لورش ١٩٦٧).

المجتمع، ويؤثرون فيه وقد أثبتت الدراسات الحديثة، أن المعوقين ومنهم المكفوفين إذا ما أحسن توجيههم وتأهيلهم فإنهم يصبحون أفراد منتجين ونحن نعلم أن هناك كثيرًا من المعوقين قدموا أمثلة رائعة من العطاء الفكرى والفنى فى المجتمع الإنسانى وفى التاريخ القديم والحديث ومنهم بشار بن برد، وأبو العلاء المعرى، وحسان بن ثابت ويأتى فى مقدمة المحدثين، د. طه حسين رحمه الله، بيتهوفن والمعجزة الصماء والعمياء «هيلن كيلر»^(٥) والكفيف مواطن يؤثر ويتأثر بأسرته وجيرانه وأقاربه، ويتبادل معهم الألفة والمودة وفى بعض الأحيان يكون له دور حيوى فى دفع أبناء أسرته أو جيرانه للإنجاز ومسايرة الحياة، ويتدريب المكفوف وتمريضه على قضاء أعماله بنفسه مع عالم المبصرين يصبح بذلك فردًا إيجابيًا فى المجتمع.

(٦) حيث أنه قد شغل بعض المكفوفين مناصب حيوية ومؤثرة فى المجتمع، فقد شغل منصب الوزير، وأستاذ الجامعة والمعلم والأديب والخطيب... إلخ. وقد حظى ميدان الإعاقة البصرية باهتمام مبكر سبق جميع أنواع الاعاقات الأخرى وكذلك فإن من المكفوفين قد نال اهتمامًا ورعاية من جانب علماء النفس والتربية والاجتماع.

الإعاقة البصرية

الإعاقة البصرية من الإعاقات التي تثير العطف والاهتمام من قبل المجتمع؛ لأنها منذ الوهلة الأولى من الإعاقات الظاهرة، والتي من السهل التعرف عليها، خاصة عندما تكون الإعاقة شديدة كحالات العمى، أو كف البصر على عكس الإعاقة السمعية التي من الصعب التعرف عليها منذ البداية خاصة وأن ملامح وتعبيرات المعوق سمعياً لا تختلف كثيراً عن الطفل العاды في حين أن المعوق بصرياً يظهر من سلوكه في الشارع من بطء الحركة والحاجة إلى معينات بصرية كمرافقة شخص لعبور الشارع، أو استخدام العصا البيضاء ليتحسس بها الأرض، مما يثير عطف أفراد المجتمع من المحيطين به، وحاسة الإبصار من الحواس لها أهمية عظيمة في حياة الإنسان، وتلعب دوراً كبيراً في تواصل الفرد مع البيئة التي يعيش

ما أتاحت لهم فرصة تنمية هذه القدرات بتقديم البرامج التربوية والتأهيلية التي تنمى وتزيد من فاعلية الحواس الأخرى، وأيضاً تنمى ما تبقى لهم من قدرات بصرية بالنسبة لضعاف البصر، وهنا يجب أن نشير إلى أن الإعاقة البصرية تتضمن المكفوفين وضعاف البصر، وقد استخدمت اللغة العربية ألفاظاً كثيرة للذى فقد بصره - سبق ذكرها - العمى والأكمه والكفيف، و...، والإعاقة البصرية ونحن سوف نأخذ بالمصطلح الحديث وهو الإعاقة البصرية، ونحن نعنى بها حالة الفقد الكلى أو الجزئى لحاسة البصر نتيجة لعوامل وراثية أو بيئية، أو وراثية وبيئية معاً، وتعمق الفرد عن عملية التعليم العادية، ويحتاج إلى أساليب خاصة كطريقة برايل فى حالة الفقد الكلى أو إلى المعينات البصرية فى حالة الفقد الجزئى أو الضعف البصرى.

أولاً: التعريفات القانونية:

يهدف هذا النوع من التعريفات إلى تحديد مدى أهلية الأفراد الذين يشملهم التعرف للحصول على التسهيلات والحقوق والضمانات المدنية التى يكفلها لهم القانون كمواطنين، مثل : الخدمات الصحية والطبية والتعليمية والاجتماعية والتأهيلية والتشغيلية والدعم المادى، ... وغيرها (المعاينة، ٢٠٠٠).

١ - الأعمى ، Blind

من أكثر تعريفاته شيوعاً ما ينص على أن الشخص يعد أعمى إذا ما كانت حدة إبصاره المركزية تساوى أو تقل عن ٢٠/٢٠ قدماً (٦/٦٠ مترًا) فى أقوى العينين وذلك بعد محاولات تحسينها أو إجراء التصحيحات الطبية الممكنة لها باستخدام النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة

وهناك أنواع من كف البصر أو العمى مثل :

أ - العمى الحرفى: وهو يشير إلى عدم قدرة الشخص على كسب قوته نتيجة اختلاف الرؤية .

٢٠٠ ولكن أقل من ٢٠ / ٧٠ في العين الأفضل بعد التصحيح (Kirk & Golfer, 1989) وتقاس حدة البصر بطريقة أو أكثر من عدة طرق كالقدرة على الكشف عن ثغرات صغيرة جداً بين أجزاء شكل، وتسمى هذه الطريقة بطريقة الحد الأولى من التواصل أو القدرة على أن يميز الشخص خطأ داكناً على خلفية فاتحة اللون، أو خطأ فاتح اللون على خلفية داكنة (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي ١٩٩٥)، وتقاس حدة الإبصار بما يسمى مقياس الحدة Acuity Grating وهو وسيلة لقياس حدة الإبصار عند المفحوص، ويتكون هذا المقياس من خطين أحدهما أبيض والآخر أسود قريبين في الوضع، ويتأوب كل منهما، أما في مجال الإبصار وهو نطاق الرؤية دون تحريك الرأس فإنه قد يتأثر بطريقتين أن تكون العين ذات إبصار مركزي مع مجال بصري محدود بزاوية معينة، أو تكون العين مصابة بعمى بصري Scotoma (وهي نقطة بدون إبصار) إذا وجدت في مركز المجال البصري يترتب عليها فقد البصر المركزي، ويمكن قياس الحدود الخاصة بالمجال البصري بواسطة جهاز بيرمتر Perimeter، وهو جهاز يوضح المجال البصري في الاتجاهات المختلفة في رسم بياني.

ب - التعريفات التربوية :

هو الشخص الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعرفة وبالتالي لا يستطيع تلقى العلم في المدارس العادية أسوة بالأطفال المعاقين، وقد تكون الإعاقة كلية (العمى)، فهو يحتاج إلى مناهج وطرق تدريس تتناسب مع إعاقته كطريقة برايل، وقد تكون الإعاقة جزئية (ضعيف البصر)، فهو يستطيع قراءة الحروف الكبيرة أو المجسمة، وبالتالي يواجه التلميذ الموق بصرياً سواء (الكفيف أو ضعيف البصر) مشكلات في العملية التعليمية تؤثر على علاقته بالزملاء والمعلمين داخل الفصل الدراسي، مما ينتابه شعور بالعزلة والانطواء، وقد يؤدي به الحال إلى التسرب من التعليم إذا لم يجد البرامج التربوية والتأهيلية المناسبة بحيث تكون المثيرات من واقع البيئة، ولا تكون مستغربة عن الطفل حتى لا يعجز عن متابعتها أو الاستفادة منها. (كمال سالم ١٩٩٧).

- ٥ - دائم الاستقसार عن الأصوات المتشابهة.
 - ٦ - البطء فى القراءة أو ضعف القراءة.
 - ٧ - الكتابة بحروف ذات أحجام كبيرة وأحياناً غير مقروءة.
 - ٨ - وضع الكتاب قريباً جداً من العينين عند محاولة القراءة (التحديق فى الكتاب).
- د - الأعراض النفسية :**

- ١ - القلق .
- ٢ - الشعور بالنقص والإحساس بالدونية .
- ٣ - انعدام الأمن والخوف من ممارسة الأنشطة التى تتطلب الحركة.
- ٤ - التعلق الشديد بالوالدين خاصة الأم.
- ٥ - عدم الثقة بالنفس.
- ٦ - الشعور بالاغتراب وسط جماعة الأقران.
- ٧ - اللجوء إلى بعض الميكانيزمات الدفاعية، وأهمها الكبت والتبرير.

تشخيص الإعاقة البصرية

الهدف من عملية التشخيص هو تحديد درجة الفقد البصرى، والأسباب والعوامل التى أدت إلى تلك الإعاقة، وأيضاً تحديد طرق العلاج والوقاية من هذه الإعاقة، ووضع البرامج التربوية والتأهيلية التى تتناسب مع هذه الإعاقة، بعد أن استعرضنا أعراض الإعاقة البصرية من الناحية الاجتماعية والتربوية والنفسية، فإنه ينبغى على القائمين على أمر الطفل الذى تظهر لديه هذه الأعراض عرض الطفل على طبيب متخصص فى أمراض العيون لإجراء الفحوص اللازمة، وتحديد حجم الإصابة أو الضرر الذى يقع فى العين (أى قياس حدة الإبصار، وتشخيص حالة الطفل، وتحديد

الطفل قراءة السطر الأول من البطاقة كان معنى ذلك أن حدته البصرية تعادل ١٤ / ١٤، وكفايته البصرية تكون نسبتها ١٠٠، وهكذا ويعد هذا الاختبار من الاختبارات السهلة كما أنه يكشف بسهولة عن ضعف البصر، ويكشف عن قصر النظر، ويعتبر أداة قيمة في التعرف السريع على هؤلاء الأطفال الذين يعانون ضعفاً بصرياً يعوقهم عن القراءة، ولكنه لا يكشف عن اللابؤرية أو عدم التوازن العضلي، وغيرها من العيوب التي يمكن أن يكشف عنها جهاز كسيتون، ومما سبق يمكن القول إن تشخيص الإعاقة البصرية يتوقف أولاً على الأعراض (أي أعراض الإعاقة البصرية السابق ذكرها)، وثانياً القياس الطبي للكشف عن حدة الإبصار، واستخدام الأجهزة (لوحة سنلن - مقياس باراجا للكفاءة البصرية - بطاقة تقدير القراءة)، وتقاس حدة الإبصار لكل عين على حدة، وتوجد الآن وسائل طبية حديثة ذات تقنيات عالية للكشف عن قاع العين، وتحديد درجة وحدة الإبصار دون الاعتماد على الأجهزة السابق ذكرها، وطرق العلاج أيضاً حديثة كالعلاج بالليزر وغيره، ولكن يجب أن ينتبه إلى أن الإعاقة الشديدة من السهل اكتشافها، وأيضاً من السهل تحديد نوع العلاج أو البرامج التي تناسبها، ولكن مشكلة التشخيص تتعدى في الإعاقات الخفيفة، وفي حالة الأطفال الصغار الذين لا يحسنون التعبير عما يحسنون، ولكن يجب أن يكون الاكتشاف والتشخيص مبكراً حتى يمكن تقديم العلاج المناسب في الوقت المناسب، حتى لا يتفاقم الضرر والدخول في أساليب علاجية معقدة لا تحمد عقباها.

٦ - قياس مجال الرؤية^(١):

لقياس مجال الرؤية يطلب من الشخص الجلوس مقابل المفحوص، وينفس المستوى، ويطلب منه أن يغطي عيناً ويحدق بالأخرى في وجه الفاحص ومن كل جهة، وبالتابو يظهر شيئاً صغيراً يطلب من المفحوص التعرف عليه، ويسمى هذا الاختبار باختبار مجال المواجهة (The Confrontation Field Test)، ويعتبر مفيداً من الناحية العلمية للكشف السريع عن مجال الرؤية (عبد الرحمن إبراهيم، ٢٠٠٣).

تصنيف الإعاقة البصرية

تصنف الإعاقة البصرية طبقاً لدرجة الفقد البصري، وهي تنقسم إلى قسمين هي حالة الفقد الكلى أو العميان Totally Blind، وحالات الفقد الجزئي أو ضعاف البصر Partially Blind، وهم الذين يستطيعون قراءة بعض الحروف المكتوبة بخط كبير واضح على أنه يمكن تقسيم كل فئة بدورها إلى فئتين حسب السن الذي حدثت بها الإصابة بالعمى، وبالتالي يكون هناك مكفوفون كلية بالولادة، ومكفوفون كلية أصيبوا بالعمى بعد سن الخامسة، أى مع بداية النمو الإدراكي، وتكوين المفاهيم، ونقص الشيء لفئة المكفوفين جزئياً، وبعض الباحثين يصنف الإعاقة طبقاً لحدة الإضرار، وطبقاً لمقياس سنلن (لوحة العلامات)، وبعضهم يصنف الإعاقة طبقاً للسن التي حدثت بها الإصابة، أو الزمن الذي حدثت فيه الإصابة، فالذى فقد بصره بعد اكتساب المفاهيم واختزان الكثير من الصور والتأثيرات البصرية للبيئة التي يعيش فيها كالأحجام والأشكال والألوان والعلاقات المكانية (فوق، تحت، بين، قريب، بعيد) على عكس الشخص الذى فقد بصره بعد

(١) مجال الرؤية : هو الفراغ الذي يمكن للعين رصد أى تغير يحدث فيه أثناء تركيز العين على نقطة ثابتة أمامها، وحدود مجال الإبصار أربعة، هي : الحد الأعلى، ويصنع مع محور الإبصار زاوية ٧٠°، والحد الأسفل، ويصنع زاوية قدرها ٥٠°، والحد الداخلي، ويصنع مع محور الإبصار زاوية قدرها ٦٠°، والحد الخارجي، ويصنع زاوية قدرها ١١٠°.

اكتساب المفاهيم، وبالتالي تكون صورته عن البيئة معدومة، ويجد صعوبة في عملية التعلم على عكس الطفل الذي اكتسب المفاهيم قبل إصابته فيكون لها مردود إيجابي في عملية التعلم، وهنا نجد بعض الباحثين يحدد سن الخامسة كسن تقريبية، فمن فقد بصره قبل سن الخامسة يختلف عن الذي فقد بصره بعد سن الخامسة.

ويمكن تصنيف الإعاقة البصرية كالآتي :

- ١ - فقد بصرى تام ولادى .
- ٢ - فقد بصرى تام مكتسب قبل سن الخامسة .
- ٣ - فقد بصرى تام مكتسب بعد سن الخامسة .
- ٤ - فقد بصرى جزئى ولادى .
- ٥ - فقد بصرى جزئى مكتسب قبل سن الخامسة .
- ٦ - فقد بصرى جزئى مكتسب بعد سن الخامسة .
- ٧ - ضعف بصرى ولادى .
- ٨ - ضعف بصرى مكتسب .



ومما لا شك فيه أن حدوث الإعاقة ودرجة الإصابة لها تأثير على الفرد المعوق بصريًا، فالطفل الذى يصاب قبل سن الخامسة يتساوى مع الطفل الذى يكاد يتساوى مع من ولد فاقد البصر؛ نظرًا لنزوع الصور والمعلومات البصرية التى

شخصية الكفيف:

إن فقد البصر حالة طبيعية قد تحدث لأى فرد في أى سن. فإذا حدث هذا المعجز في السنين الأولى من حياة الطفل فإنه سيطلع شخصيته بطابع خاص أما إذا حدثت الإصابة في سن متأخرة فإن الفرد سيعيد النظر في اتجاهاته وفي أنماط علاقاته الاجتماعية التي كونها قبل أن يصاب بهذا المعجز الخلقي، وهكذا نجد أن الإصابة بفقد البصر سوف تؤثر إلى حد كبير على تنظيم الشخصية، فالشخصية - كما هو معروف لدينا - هي بمثابة التنظيم النفسي للفرد ومعادلة بخبرات حياته ومتأثرة بالعوامل الوراثية والبيئية.

ومن الخطأ أن نرجع الصعوبات التي يواجهها الكفيف في حياته سواء من الناحية الاجتماعية أو الاقتصادية كلها إلى المعجز الخلقي وحده. فهذه الصعوبات لا تأتي نتيجة لفقد البصر بقدر ما هي نتيجة للعلاقات الاجتماعية التي تنشأ بين الكفيف وبين الكفيف، وهي أيضاً نتيجة لاتجاهات المجتمع نحو المكفوفين. فالكفيف على حد قول (هيلين كيلر) - لا يقاسي من فقد بصره بقدر ما يقاسي من اتجاهات المجتمع نحوه.

إن مشكلة تكيف الكفيف - كمشكلة اجتماعية - تدخل فيها عوامل كثيرة؛ فالأسباب المؤدية إلى عدم التكيف تأتي من جانب المبصرين كما تأتي من جانب المكفوفين مما يجعل من الصعب أن يقبل كل منهما الآخر وأن يتفاهم معه. وما لم يحاول كل من المكفوفين والمجتمع أن يغير من اتجاهه نحو الآخر فإنه من المتعذر أن يتيسر للمكفوفين سبل التكيف السليم وذلك للأسباب الآتية:

١- لأن المجتمع لم يكون اتجاهاته الانفعالية نحو المعجز الخلقي ذاته وإنما نحو أنماط السلوك التي يتخذها المكفوفون.

٢- من المشكوك فيه أن درجة النمو الانفعالي والتكيف الاجتماعي للمكفوفين سوف تساعد على تغيير اتجاهات المجتمع نحوهم، إن أمكن حدوث هذا التغيير.

الاجتماعي، إلى غير ذلك، وتعرض شخصية الكفيف لأنواع متعددة من الصراعات، فهو في صراع بين الدافع إلى التفاعل مع الأفراد الآخرين، واللهو والترويح والاستمتاع بمباهج الحياة والدافع إلى العزلة والانطواء طلباً للأمان، والدافع إلى الرعاية ودافع الاستقلال، فهو بين كر وفر، ولكن مهما نال من استقلال فإنه يظل إلى درجة محدودة لا يتعداها لأن استقلاله غير كامل لافتقاره إلى بعض أساليب التواصل مع الحياة أو مع المحيطين به، وهو في خوف دائم من أن يفقد حب الأشخاص الذي يعتمد أمنه على وجودهم، ويخشى كذلك أن تقع له حوادث لا يمكن تقاؤها، فهو دائم الشعور بأنه يختلف عن الآخرين، وهذا الشعور يفرس فيه بذور القلق التي تحول دون محاولاته لإقامة علاقات سوية مع الآخرين، ولهذا تعاني شخصية المعوق بصرياً من الحزن والأسى، ونحن نرى أن المعوق بصرياً قد تكون لديه القدرة على إقامة علاقات اجتماعية طيبة مع الآخرين خاصة في مجال العمل والزواج، وتكوين أسرة، ولدينا نماذج كثيرة من المكفوفين الذين ضربوا المثل الأعلى في إقامة أسرة سعيدة، ولديهم القدرة على رعاية أبنائهم أسوة بالمبصرين، ومنهم الكثيرون من علماء الأزهر الشريف، بل إن بعض المكفوفين تبوأ منصباً رفيعاً في الحكومة المصرية، بل وكان وزيراً للمعارف العمومية (التربية والتعليم) (د. طه حسين)، ولكن هذا الأمر يتوقف على مدى أداء المعوق بصرياً وكفاءته، ومدى فاعلية برامج التأهيل التي تؤدي إلى تنمية مهاراته خاصة فيما يتعلق بتدريب الحواس السليمة الباقية، والتقليل واستعمال الميكنات بطريقة إيجابية، التدريب على الأنشطة الحياتية اليومية، وأيضاً تنمية المواهب الفنية والموسيقية، ومدى استفادته من البرامج المفيدة في تدريس المعوقين بصرياً، ويذكر بعض الباحثين بعض السمات النفسية والاجتماعية المشتركة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة بشكل عام، ومنها:

١- الإحساس بفقدان الأمان.

واستخدام اللغة، وأن المعوقين بصريًا لا يختلفون عن المبصرين في اختبارات الذكاء اللفظية، ولكن توجد فروق في اختبارات الذكاء التي تعتمد على رؤية الأشكال والتعامل معها، الأمر الذي دفع كثيرًا من الباحثين إلى تعديل اختبارات الذكاء التي تتناسب مع العميان، كالتعديل الذي أدخله صموئيل هايس S. Hays على مقياس ستانفورد بينيه، والقسم اللفظي من اختبار وكسلر- بلفيو، وكذلك مقياس بلات (Blat) الذي طوره نيولاند (Newland, 1964)، وأيًا كان الأمر فإن الإعاقة البصرية لا بد وأن تترك آثارها على الناحية العقلية للطفل المعوق بصريًا؛ لأن الحاسة البصرية من أهم الحواس لدى الإنسان، وأن أكثر المثيرات تأثيرًا في نشاط المخ هي المثيرات البصرية، بنحو ٨٠٪، وربما أكثر من المدخلات والانطباعات الحسية التي تستخدمها للحصول على معلومات من البيئة هي مدخلات وانطباعات بصرية، فهي تمد الفرد الإنساني بكمية كبيرة وغير محدودة من المعلومات عن البيئة، فالحاسة البصرية هي الحاسة المهيمنة عند الإنسان؛ لأنها مرتبطة بالتفكير، أو ما يسمى بالتفكير البصري، أي محاولة فهم العالم من خلال لغة الشكل والصورة، وهذا ما يفتقده المعوق بصريًا، وبالتالي تكون معرفته بالبيئة ناقصة، والمعلومات التي لديه عن مظاهر البيئة الفيزيائية تكاد تكون قليلة أو معدومة خاصة إذا كانت الإعاقة ولادية، ولذلك نجد أن الطفل الأعمى يجد صعوبة في عملية التصور والتخيل البصري؛ لأنها مهارات تعتمد على سلامة حاسة الإبصار، وبذلك فلا يمكن للأعمى ممارسة النشاط التخيلي باستخدام عناصر بصرية، ذلك أن عملية التخيل البصري تتطوي على عمليتين فرعيتين، هما: استرجاع صور حاسوبية بصرية سبق إدراكها و تخزينها في الذاكرة، ثم إعادة إنتاج هذه الصور باستخدام صيغ أو تكوينات أو أنساق جديدة (عملية بنائية)، وحيث إن الذاكرة البصرية لدي الأعمى غالبًا ما تكون خالية من هذه الصور والمدرجات، فإنه لا يمكنه استرجاعها وإعادة تركيبها، أو المزج بينهما في تكوينات ومركبات جديدة

عيوب الإبصار التي تؤثر على الرؤية

١- قصر النظر، Myopia

ويظهر عند تحذب القرنية أكثر من اللازم، أو يكون حجم كرة العين أكبر من اللازم، أو إذا كانت العين أطول من الطبيعي، وبالتالي كان الضوء يتجمع أمام الشبكية بدلاً من التجمع على سطحها مباشرة، مما ينتج عنه عدم وضوح الرؤية عند النظر إلى الأجسام البعيدة، وعلاج هذه الحالة يتم باستخدام النظارات ذات العدسة المقعرة Concave Lens، فهي تعمل على تصحيح الخطأ باستقبال الصورة على سطح الشبكية وليس أمامها.

٢- طول النظر، Hyperopic

ويظهر عند تحذب القرنية أقل من الطبيعي، أو يكون حجم كرة العين أقل من العادي، أو إذا كانت العين أقصر من الطبيعي، وبالتالي فإن الضوء يتجمع خلف الشبكية، مما يؤدي لعدم وضوح الرؤية عند النظر للأجسام القريبة، وعلاج هذه الحالة يتم باستخدام النظارات المحدبة Convex Lens، فهي تعمل على تصحيح هذا العيب باستقبال الصورة على سطح الشبكية وليس خلفها.

٣- الاستجماتيزم (اللابؤرية)، Astigmatism

يحدث عندما يكون سطح القرنية محدباً بشكل غير منتظم، مثل ظهر المعلقة بدلاً من أن يكون محدباً بانتظام كزجاجة الساعة، وذلك يعني تجمع الضوء في عدة نقاط على الشبكية بدلاً من تجمعها في بؤرة واحدة لاختلاف الأسطح الانكسارية بالعين، ومن ثم لا تتكون صورة واضحة للجسم على الشبكية، وإنما يغلب عليها الاضطراب (الزغلة)، ولعلاج هذه الحالة تستخدم النظارات الطبية ذات العدسة الاسطوانية؛ لتصحيح رؤية الأشياء، بحيث تساعد على تعديل مسار الأشعة الساقطة من العدسة، وتجميعها على الشبكية.

٤- عمى الألوان، Color Blindness

هو عيب من العيوب البصرية الوراثية، يكون الشخص فيها غير قادر على التمييز بين لونين أو أكثر، مما يستطيع الأفراد العاديين التمييز بينهما بسهولة، هناك نوع من العمى اللوني التام وإن كان نادرًا، وأكثر أنواع العمى اللوني شيوعًا هو العمى اللوني الثنائي Dichromacy C.B.، أما المصاب بالعمى اللوني الثلاثي Dichromate C.B. فإنه يستخدم ثلاثة ألوان عندما يصف الألوان، والغالبية العظمى من مدركي اللونين يخلطون بين الأحمر والخضر، والخلط بين الأزرق والأصفر نادر، والعمى اللوني سمة وراثية ترتبط بالنوع Gender، وهي أكثر شيوعًا بين الرجال عنها بين الإناث (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاقي، ١٩٨٩).

٥- الحول، Strabismus

يحدث الحول نتيجة عدم التنسيق أو التأخر بين عضلات العين، ومن ثم لا تستطيع العينان العمل والتركيز معًا على شكل مرئي واحد في الوقت ذاته، وأشكال الحول كثيرة، منها: المفرد Anelateral، وهي تعني انحراف إحدى العينين، وتثبيت الأخرى، أو التقارب حين تتحول العين المنحرفة إلى الخارج، أو ما يطلق عليه He-tertropia، ويتمثل في الانحراف الشديد في العينين عن وصفهما الطبيعي، بحيث تستحيل عليهما الرؤية الموحدة للشكل المرئي معًا، حيث تفقدان المقدرة على مزج الصورة على الشبكية، فترى الشكل الواحد مزدوجًا، ولعلاج هذه الحالة يستلزم تدريب الطفل علي استخدام كلتا العينين معًا في آن واحد، فالتباطؤ في علاج هذه الحالة يؤدي إلى فقد الرؤية في العين المصابة بالحول، ومن ثم يجب البدء في علاج الحول وتصحيحه بمجرد ملاحظته، وقبل دخول الطفل المدرسة (القريطي، ١٩٩٦).

٦- الجلوكاما، Glaucoma

هي عبارة عن حالة من ازدياد الإفراز في الرطوبة المائية في العين، مع عدم

- احتقان المتحمة والتحمض من الضوء.

وتعالج هذه الالتهابات تبعاً لمسبباتها، ولكن غالباً ما تستخدم القطرات والمراهم لمعالجتها، أما الالتهابات القرنية العميقة، فهي تظهر بشكل مفاجئ، ويحدث فيها اختلاف في سمك القرنية، وتتمثل الخطورة الأساسية لاضطرابات القرنية في حدوث كثافة بيضاء تحجب الرؤية، وتؤدي في بعض الحالات إلى فقد البصر، وإذا حدثت هذه المضاعفات فالعلاج يكون جراحياً بزراعة القرنية (عبدالرحيم إبراهيم، ٢٠٠٣).

١٠- عتامة العين: Cataract

العدسة الطبيعية الموجودة في العين تكون شفافة منفذة للضوء لوصول الصورة إلى الشبكية، ومع تقدم العمر بالإنسان يحدث إعتام تدريجي لهذه العدسة، وتصبح غير قادرة على إدخال الضوء ليصل إلى الشبكية، عندما تصبح الرؤية غير واضحة، وقد يحدث إعتام للعدسة في العينين معاً، وقد تسبق إحدى العينين الأخرى، ويبدأ حدوث إعتام العدسة الطبيعي الناتج عن التقدم بالسن عادة بعد سن الخمسين تقريباً، وقد يحدث إعتام سريع، أو في أعمار أصغر نتيجة عوامل أخرى، وهو ما يسمى العامة بالماء الأبيض.

علاج الإعاقة البصرية

ليس الهدف من العلاج هو تماثل الطفل المعوق بصرياً للشفاء التام من إصابته، ولكن الهدف هو المحافظة على ما تبقى له من بقايا في قدرته البصرية بالنسبة لضعاف البصر، أو المصابين بإصابة جزئية، والعلاج هنا يكون باستخدام أساليب العلاج الطبي المعهودة من العلاج بالعقاقير الطبية، العلاج باستخدام الوسائل البصرية، أو العلاج الجراحي، أو العلاج بالليزر، وهكذا، أما بالنسبة للمكفوفين أو العميان، فالعلاج هنا هو العلاج التريوي بتقديم البرامج التريوية المناسبة التي تتناسب مع طبيعة هذه الإعاقة، ومحاولة دمجهم في المجتمع الذي يعيشون فيه حتى يستعيدوا ثقتهم بأنفسهم، ويتحقق التوافق الشخصي والاجتماعي مع البيئة التي يعيشون فيها.

أولاً: العلاج الطبي:

الهدف من العلاج الطبي هو الكشف عن مدى الإصابة التي تتعرض لها العين، واختيار الأساليب المناسبة لعلاج هذه الحالة؛ لأن ما يصلح لحالة لا يصلح لحالة أخرى.

ومن أهم طرق العلاج الطبي ما يلي:

أولاً: علاج عيوب الإبصار:

مثل: (قصر النظر، وطول النظر، والجلوكاما، والتليف خلف العدسة، والتراكوما، والهريس، والعمى النهري، والاستجماتيزم، وعمى الألوان، والحوّل، ورأاة العين)، حيث يتوقف نجاح العلاج الطبي على الاكتشاف المبكر لهذه العيوب، وفي سن مبكرة، ويكون بإحدى الطرق والأساليب الآتية:

النظارات الطبية، وتغير الكشف من آن لآخر بما يتناسب مع المرحلة العمرية للطفل.

٧ - جلوس الطفل فى الصفوف الأمامية خاصة ضعاف البصر.

ثانياً: علاج الأسباب الوراثية:

أى علاج الأسباب الوراثية المؤدية للإعاقة البصرية، وهي كالتالى:

١- عدم زواج الأقارب.

٢- فحص الأم الحامل والكشف عن عامل (Rh)، وتصحيح دم الأم، خاصة إذا كانت تحمل صفة (Rh) السالبة، وتحويلها إلى صفة (Rh) الموجبة لتوائم دم الأب (RH+)، حتي لا تتلف خلايا دماغ الطفل وجهازه العصبي.

ثالثاً: علاج الأسباب البيئية:

١- علاج الأم من الأمراض المعدية قبل اللجوء لعملية الحمل.

٢- عدم التعرض للإشعاعات أثناء الحمل.

٣- عدم استخدام الأدوية أو العقاقير الطبية أثناء الحمل إلا باستشارة الطبيب المعالج.

٤- الاهتمام بتغذية الأم الحامل، وتناول كميات من الغذاء المناسب الفني بالقيتايمينات، والذي يساعد على تكوين جنين صحي.

٥- مراعاة سن الأم عند الإنجاب.

٦- العفة وعدم الاتصال الجنسي الخاطئ، أو غير الشرعي، مما يعرض الأم للأمراض والأوبئة وفقدان المناعة.

٧- عدم اللجوء إلى القابلات أو الدايات في الولادة لعدم تعرض الأم للخطر، وخاصة لو كان وضع الجنين غير عادي، مما يفوق قدرة هؤلاء الدايات في التصرف في مثل هذه الأمور، مما يعرض الأم للخطر أو الموت أو إصابة الجنين بإصابة تؤدي إلى إعاقته.

١- برنامج الزيارات المنزلية: يقدم المختص من خلال هذا البرنامج جميع التدريبات المتعلقة ببرامج الإثارة الحسية والحركية والمعرفية واللغوية والاجتماعية والانفعالية. كما يدرب المختص الأم على بعض المهام الأساسية لتنفيذها مع الطفل الكفيف.

٢- برنامج التربية الخاصة المبكرة: ينفذ هذا البرنامج من خلال مركز متخصص في التربية الخاصة للأطفال الموقين بصرياً ممن هم دون سن السابعة، وهنا يتلقى الطفل خدمات تخصصية بشكل يومي من قبل متخصصين في التربية الخاصة، وهذا البرنامج يشبه برامج رياض الأطفال المنتشرة في المجتمع ولكن مع مراعاة كف البصر.

٣- برنامج التربية الخاصة القائم على مشاركة الوالدين: وهو برنامج للتربية الخاصة المبكرة للأطفال الموقين بصرياً، ويقوم على إلزام أحد الوالدين بالقدوم مع الطفل للملاحظة وتعلم الإجراءات التدريبية المتبعة مع الطفل لتنفيذها في المنزل (المتابعة المنزلية).

وقد يتساءل الأهل عن إمكانية التحاق الطفل ببرامج التربية الخاصة، وروضة أو حضانة عادية في نفس الوقت، والجواب هو نعم، وبالإمكان تنفيذ ذلك وهذا هو الوضع الأمثل مع الطفل مع مراعاة التنسيق وعدم الازدواجية. ولهذا يلاحظ أن برامج التربية الخاصة تتمتع بمرونة كبيرة، لأن هدفها النهائي هو استقلالية الطفل في بيئته الطبيعية، ولكون الروضة أو الحضانة العادية تسمى لإتاحة فرص التعايش مع الآخرين بالشكل الطبيعي فيمكن إبداء النصائح التالية:

● يجب أن يتعرف الطفل ويمرافقته والدته إلى كل المرافق والطرق والمساحات المحيطة بالحضانة والروضة.

● يجب أن تعرف العلمات والمربيات طبيعة الإعاقة البصرية وعليهن أخذ

- وهو لا يستطيع أن يرى كيف يتواصل الناس بالكلام وتعبيرات وجوههم وحركة أجسامهم.
- كما لا يرى الأشياء الموجودة فى العالم المحيط به، والأشكال والألوان وحركة الأشياء.
- لذلك فهو لا يتعلم بالطريقة نفسها التى يتعلم بها الأطفال فى مثل سنه، ويحتاج لمساعدتك لفهم كل الأشياء التى يدركها الأطفال الآخرون بالرؤية.

كيف تساعد الطفل على التعلم؟

- ١- يستطيع معرفة بعض الأشياء بلمسها أو بالإصغاء إلى الأصوات التي تحدثها، كما يستطيع التعرف على أشياء أخرى بالشَّم والتذوق، فاجعل الطفل يتعرف على الأشياء بهذه الطرق المختلفة، ولا توقفه إلا إذا فعل شيئاً يمكن أن يؤذيهِ أو يؤذي الآخرين.

- ٢- شجع الطفل على تعلم أشياء جديدة، واجعله يدرك سرورك عندما يتعلم نشاطاً جديداً أو يحسن عمل شيء ما، فهذه الطريقة تشجع الطفل على الرغبة في مزيد من التعلم، إذا أنه يدرك سرورك عن طريق كلماتك ونبرة صوتك أو عندما تضمه إليك، فشجع الطفل بإبداء الحب والاهتمام به.

أهم البرامج التربوية والتأهيلية للمعوقين بصرياً:

يقدم بعض الباحثين بعض البرامج لرعاية وتوجيه المعوق بصريًا والتي تهدف إلى تحقيق الأهداف الآتي:

- ١- برنامج بعض العمليات المعرفية (الانتباه - الادراك - التذكر):

يعنى هذا البرنامج بالأمور التالية:

- تنمية مهارة الانتباه والتركيز.

- ٥- توجيهه إلى المهنة المناسبة فى ضوء الخطوات السابقة.
- ٦- تعاون فريق العمل المتمثل فى المدرسين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والطبيب والأسرة والمدرسين.
- ٧- التعرف على الحالة الأسرية والاجتماعية له، ليتسنى تحديد نوع الإقامة ووسيلة المواصلات المناسبة له.
- ٨- تحليل العمل، بهدف معرفة متطلبات المهنة من مهارات وقدرات، حتى يمكن وضع الكفيف فى العمل المناسب له.
- ٩- توجيه المعاق بصرياً للمهنة الصالحة المناسبة له.
- ١٠- مساعدته على التكيف النفسى والاجتماعى فى مهنته أو مجال عمله.
- ١١- متابعته المستمرة.

ثانياً: العلاج التريوى :

المعوقون بصرياً لديهم الكثير من الخصائص التى تميزهم عن باقى الإعاقات كالخصائص العقلية والاجتماعية والانفعالية والجسمية والحركية، ومعرفةنا بهذه الخصائص يساعدنا فى وضع البرامج التربوية والتعليمية المناسبة لهذا الطفل المعوق بصرياً، والتى تؤدى إلى تنمية مهاراته الحياتية، والتى تساعد له لى يحيا حياة آمنة ومستقرة إلى حد ما، وتوظيف ما تبقى له من قدرة بصرية، وأيضاً تأهيل المكفوفين وتوجيههم إلى مهن تتناسب مع طبيعة إعاقاتهم، بما يؤدى بهم إلى مزاوله بعض الأعمال التى تعتمد على الرؤية أو المشاهدة حتى يتكيفوا مع البيئة التى يعيشون فيها، ويجب الأخذ فى الاعتبار عند وضع البرامج العلاجية والتربوية للمعوقين بصرياً مراعاة السن التى حدثت فيها الإصابة، وأيضاً درجة الفقد البصرى، فالمصابون بالكف البصرى ولادياً أو قبل سن الخامسة، والذين

- النظارة الصوتية، الأجهزة الصوتية التى توضع حول العنق.

- الدليل المبصر (إنسان).

- الكلاب المدربة: وبهذه المناسبة كان لى صديق أزهرى (كفيف)، وبحكم عمله فى الريف المصرى كان كل يوم يقطع مسافة ليست بالقليلة عند الذهاب إلى العمل والعودة، وكان له كلب وفى يخرج معه فى الصباح، والشيخ بيده حبل مربوط فى عنق الكلب، ويسير معه ملاصقاً لسيدته حتى باب العمل، وبعد انتهاء العمل وبمجرد خروجه من باب العمل يذهب إليه الكلب تلقائياً، ويحتك بصاحبه، ويهز ذيله، ثم يعود به إلى المنزل فى سلام وأمان.

الأساليب المستخدمة فى تعليم المعوقين بصرياً

تعتبر درجة فقد البصرى من أهم العوامل التى تحدد الطرق والأساليب المناسبة فى تعليم المعوقين بصرياً، فالأطفال ذوو الإعاقة البصرية الشديدة، أو العميان يتعلمون وفقاً لمنهج التعليم العام، ولكن الاختلاف فى الطريقة والأساليب المستخدمة مع المكفوفين، أو ضعاف البصر (لأن القدرات العقلية لذوى الإعاقة البصرية لا تقل عن الماديين)، ومن يقوم بتنفيذ تلك الطرق، كما أن طريقة التدريس يتم اختيارها فى ضوء الأهداف الإجرائية للدرس، ومحتوى الدرس لما يحويه من أفكار ومعلومات، كما أنه من الضروري إضافة مقررات مهنية، وأنشطة مختلفة بجانب المواد النظرية، حتى يكتسب المعوقون بصرياً الخبرات والمهارات التى تتفق مع ميولهم وحاجاتهم وخصائصهم من عمل التريكو والسجاد والموسيقى، وغيرها، مع الأخذ فى الاعتبار أن فقد حاسة الإبصار لا تمكنهم من الاستفادة من المواد العملية، وخاصة التى تعتمد على الرؤية والمشاهدة، وبالتالي يلجأون إلى استخدام ما لديهم من حواس أخرى كالسمع واللمس لتعويضهم عن هذا الجانب المفقود، أما ضعاف البصر فإنهم يعتمدون فى تعليمهم على ما تبقى لديهم من

توافر تلك المدارس، خاصة في الأماكن النائية أو الريف، أو لبعدها عن محل إقامة الطفل، وعدم توفر فرص الإقامة، وأيضاً صعوبة انتقال الطفل من مكان إلى آخر عبر المواصلات العامة لصعوبة حركته، وعدم مقدرة على تحمل مشقات السفر إلى المدارس البعيدة التي في بعض الأحيان لا يقدر عليها المبصر.

ثانياً: المشكلات الاجتماعية:

من أكبر المشكلات الاجتماعية التي تواجه الطفل الكفيف، هي عدم التكيف مع البيئة المنزلية، وشعوره بالدونية بين أفراد أسرته، خاصة إذا كانت العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة تتميز بالفنور وعدم الترابط، فإن هذا سيؤدي بالطفل المعوق بصرياً أو الكفيف إلى العزلة والانطواء، وقد يمتد أثر هذه العزلة لإصابته بالأمراض النفسية والخوف من المجهول والإحساس بالضعف والظلم، على عكس الأسرة السوية ذات العلاقات الأسرية المحمودة التي تتقبل الإعاقة، والتي تقدر دور كل فرد من الأسرة، وأن تعمل بروح الفريق، وأن تقدم للطفل الكفيف يد العون، وأن تعمل على تنمية مهاراته الاجتماعية داخل المنزل وخارجه، وأيضاً إخراجهم من عزلته أو خوفه من المستقبل، ومساعدته في تنمية العلاقات الاجتماعية داخل المنزل وخارجه، وفي الوقت نفسه عدم الانسياق العاطفي عند التعامل معه بسبب إعاقته؛ لأن هذا الأمر يولد لديه الاعتمادية، وعدم تحمل المسؤولية، وبالتالي يكون غير قادر على حل أية مشكلة يتعرض لها في الحياة ومن أهم المشكلات الاجتماعية للمكفوفين هي:

المشكلات الأسرية التي تواجه المعاقين بصرياً:

إن اتجاهات الأسرة نحو أطفالهم المعاقين بصرياً تلعب الدور الكبير في تقبله للعمى أو رفضه له، ومن ثم في تكيفه النفسي والاجتماعي فهناك تصرفات مختلفة من الآباء نحو الطفل المفاق بصرياً منها: القبول، الرفض، التدليل والحماية

والعجز وتصور المهارات الاجتماعية، مما يترتب على ذلك شعوره بالوحدة والعزلة، نتيجة لضيق حلقة علاقاته الاجتماعية وبالتالي تزداد لديه حدة الشعور بالوحدة النفسية، وما يصاحبه من إحساس بالفشل واليأس.

٤ - التمرکز حول الذات.

تعتبر صورة البدن جانب من جوانب صورة الذات، فكل فرد لديه صورة ذهنية خاصة عن نفسه من حيث مظهره العام، وحالته الجسمية والصحية والشخصية، ويعبر عنها هي علم النفس باسم عاطفة اعتبارات الذات، وهي توفر تأثير مباشرًا في سلوكه واستجاباته للمواقف المختلفة، وفقدان السلامة البدنية يمكن أن يكون له تأثير على صورة الذات بطريقة سلبية.

ومن هنا يجب إرشاد وتربية الموقنين بصريًا بهدف تنشيط وتدريب حواسهم وقدراتهم المتبقية ومساعدتهم في مواجهة مشكلاتهم النفسية، وعلى تكيفهم النفسى بالإضافة إلى تقليل اعتمادهم على الآخرين، وتنمية الاستقلالية لديهم قدر الإمكان وهذا ما يكون لديه أكبر الأثر عليهم. وفشل الكفيف في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين وتواصله معهم، قد يرجع سبب ذلك في عجز المحيطين في التواصل مع الكفيف حيث أن تواصله مع الآخرين يؤهله لاكتساب مهارات اجتماعية أساسية في الحياة.

حيث تعد المشكلات الاجتماعية التي يفرضها كف البصر مشكلات توافقية إما أن تكون مرتبطة بالاعاقة أو مرتبطة برعاية الآخرين للكفيف ومن هذه المشكلات.

٥ - الشعور بالعزلة الشخصية :

حيث أن فقد البصر يصاحبه مشاعر الإحساس بالعزلة وما يصاحبها من خوف شديد وقلق نتيجة عزلته في بيئته الفقيرة والمحدودة فضلاً عن تجنب الكفيف في الدخول في علاقات مع الآخرين. والمكفوفون يعانون من العزلة

١ - تنمية مقدرة الطفل على التعرف على حسن الإصغاء والانتباه للأصوات المحيطة به والوعي بها وإدراكها.

ب- تنمية مقدرة الطفل على التعرف على الأصوات، والتمييز بينها وتعيين هويتها ودلالاتها.

ج- مساعدة الطفل على تحديد الاتجاه الذي يصدر منه الصوت أو تحديد موقعه وما يتطلبه ذلك من تعلم بعض المفاهيم المكانية اللازمة لذلك (فوق وتحت، أعلى وأسفل، يمين وشمال، شرق وغرب، شمال وجنوب).

د- تنمية مهارة الطفل على تحديد المسافة التي يصدر من عندها الصوت (قريب وبعيد).

هـ- مساعدة الطفل على استخدام الصوت كإشارات سمعية هادية له في التحرك داخل بيئته بأمان وكفاءة.

مراحل الإدراك السمعي:

1 - المرحلة الأولى : مرحلة الحاسة السمعية :

مرحلة الحاسة السمعية، وفي هذه المرحلة يتم اختبار الحاسة السمعية، والتأكد من سلامتها بإصدار للطفل مثيرات تثير انتباهه كالنداء باسمه مثلاً للتأكد من عمل حاسة السمع.

ب - المرحلة الثانية : مرحلة التمييز السمعي :

تدريب الطفل على التمييز السمعي بإصدار أصوات للطفل متشابهة الألفاظ مختلفة المعنى، مثال (قلم، علم). وأيضاً تدريب الطفل على التمييز بين أصوات الحيوانات وأصوات الإنسان وأصوات الآلات أو الأجهزة.

تبدو هذه الحاجة في ميل الطفل إلى القيام ببعض الأعمال دون معاونة والديه ومشاركة الكفيف في المسؤوليات، وإشباع هذه الحاجة بالنسبة للكفيف يزيد إحساسه بالانتماء إلى الجماعة من التبعية، حيث يعتقد أن يكون تابعاً لغيره، وأن يعتمد على الآخرين، ولا يستطيع أن يقدم على العمل، وهذا ينقص من تكامل شخصيته ويهز كيانه أمام من يتعامل معهم فالطفل الكفيف يحتاج إلى أن يشعر بالحرية في تصرفاته وأفعاله.

قاسعاً، الحاجة إلى التقدير الاجتماعي.

يحتاج الطفل الكفيف إلى الشعور بتقدير الآخرين له، وباحترامهم لأرائه وأن يكون مهمًا بين أفراد أسرته، وألا يكون عرضة للسخرية بسبب إعاقته، لأنه يسيطر على الكفيف مشاعر النقص وعدم الثقة بالنفس، ويكون ذلك بدرجة أوضح في الحالات التي لا يلقي فيها الكفيف الرعاية والتقدير الاجتماعي من الآخرين، ومن الممكن أن نلاحظ هذه الظاهرة في رغبة الطفل الكفيف بالقيام بتقديم بعض الخدمات البسيطة للآخرين، ومن الممكن أن نلاحظ هذه الظاهرة في رغبة الطفل الكفيف بالقيام بتقديم بعض الخدمات البسيطة للآخرين من أفراد أسرته داخل المنزل وتقبل ذلك من أفراد أسرته يساهم بدرجة عالية في نموه الاجتماعي السوي ويتلخص في صفة الخضوع وضعف الثقة بالنفس.

عاشراً: الحاجة إلى اللعب.

لعب أدوار مهمة فى تنمية الجسم وفى التنفيس الانفعالى وفى رفع الروح المعنوية وفى التعليم وفى التشخيص وفى العلاج ومن هنا فإن اللعب يسد حاجة ضرورية للجسم ويعتبر من أهم وسائل الصغار فى تفهمهم للعالم والبيئة المحيطة بهم. ومن هنا يتطلب الأمر إشباع هذه الحاجة، ولا بد من مساعدة الطفل الكفيف على اختيار الألعاب التى تتناسب مع قدراته وإمكانياته، وإفساح مكان للعب

ج - حاجات النمو اللغوي.

- يحتاج الطفل الكفيف إلى إثراء حصيلته اللغوية وتدعيم شبكة المعاني لديه بتوفير المثيرات السمعية ذات المدلولات الحسية.
- يحتاج الطفل الكفيف إلى تنمية قدراته على فهم اللغة وإدراك معاني التعبيرات اللغوية وخاصة المرتبطة بالإدراكات الحسية.
- يحتاج إلى التدريب المستمر على الاستخدام الفعال لأساليب الاتصال غير اللفظي.

د - حاجات النمو الاجتماعي .

- يحتاج الطفل الكفيف إلى مساعدته في تقبل إعاقته كحقيقة واقعة حتى يستطيع التكيف مع نفسه ومع مجتمعه.
- يحتاج الكفيف إلى ممارسة العمل التعاوني من خلال توفير الأنشطة الجماعية التي تساعد على القضاء على انسحابه وانطوائه.
- ويحتاج أيضا الكفيف إلى تدعيم علاقاته الاجتماعية التي تفرز السلوكيات المرغوبة وتنمي الاتجاهات الإيجابية من خلال مشاركته في النوادي والرحلات العلمية.

ثالث عشر: الحاجات الفردية

- بالإضافة إلى الحاجات التي تم ذكرها فإن لكل طفل حاجات خاصة نابعة من درجة إعاقته، والزمن الذي أصيب فيه بالإعاقة وكذلك نوع الخبرات المبكرة التي تعرض لها مثل الحاجة في حرية اختيار الأشياء التي يشير بها، واختيار الأكل الذي يحبه، وقبل إشراك الطفل الكفيف في أي برنامج تربوي خاص به يجب أن يتم عمل تقييم وتحليل يشتمل على جميع الجوانب التي تتعلق بإعاقته وهي (الذكاء - الحالة الاجتماعية والاقتصادية - الصحة - السمع).

أهم المهارات التي يحتاجها المعوقين بصرياً

يحتاج المعوق بصرياً إلى اكتساب وتنمية المهارات التالية:

- ١- تنمية الحواس المختلفة غير البصر.
- ٢- إثراء القدرات اللغوية لديه وتعويضه عن الخبرات المفقودة نتيجة للإعاقة البصرية.
- ٣- اكتساب القدرة على استخدام طريقة برايل Braille.
- ٤- اكتساب القدرة على التعبير بشكل موضوعي عن خبراته وبمستوى صوتي مناسب وتعبيرات حركية مناسبة.
- ٥- تصحيح القراءة الجهرية لديه.
- ٦- رفع المستوى التحصيلي.
- ٧- أن يستطيع المعوق بصريًا ترتيب وتنظيم الكلمات والسطور، وتقييم الكلمات والحروف.
- ٨- يحتاج إلى تنمية المهارات اليدوية والفنية.
- ٩- تنمية مهارة الحوار.
- ١٠- الحاجة إلى التدريب على التنقل والحركة.
- ١١- تنمية مهارة الاستماع.
- ١٢- القدرة على استخدام التقنيات الحديثة التي تعتمد على اللمس وإتقان معالجة الأشياء وتمييزها لمسًا.
- ١٣- يحتاج إلى تدريب بقاء البصر لديه لكي يستطيع استقلالها وظيفيًا في التعلم واكتساب المفاهيم.

برامج التربية الرياضية للمكفوفين:

تهدف برامج التربية الرياضية للمكفوفين إلى تربية الكفيف تربية متكاملة بما يعينه على التغلب على الآثار الناتجة عن كف البصر فهي حجر الزاوية الذي يمكن من خلاله علاج نواحي القصور الحركي والقصور في مهارات الحياة اليومية كما يمكن عن طريقها تحسين مستوى الأداء الحركي لديه وزيادة كفاءته البدنية كما تعمل على إتاحة الفرصة له للإستغلال الجيد لوقت الفراغ وهذا لن يحدث إلا من خلال الإهتمام بالتربية الرياضية.

الأنشطة الرياضية تتعدد وتنوع ولكن هناك أنشطة لا بد أن يمارسها المكسوفين وهي المتعلقة بتمية اللياقة البدنية والحركية، وذلك في حدود قدراتهم وإمكاناتهم وذلك حتى لا يحدث لهم تصلب أو تيبس في الحركة أو تحجب خلقى للعمود الفقري مما يترتب عليه بروز البطن للأمام واحتكاك القدمين بالأرض أثناء المشي.

أهمية الأنشطة الرياضية للمكفوفين:

- ١- تنمية عناصر اللياقة البدنية التي يفقدها الكفيف وهى القوة، السرعة، التوازن، المرونة، القدرة، الجلد العضلى.
- ٢- الحد من اللزمات المصاحبة للإعاقة البصرية مثل فرك العينين - التلويح بالذراعين - الإهتزاز.
- ٣- تنمية وتطوير الناحية الحركية للكفيف.
- ٤- الترويح عن النفس وشغل أوقات الفراغ بنشاط هادف وبناء.
- ٥- تنمية وتطوير الحواس الأخرى اللمس - السمع - الشم.
- ٦- إكساب الكفيف الثقافة الرياضية من خلال تعريف الكفيف بقواعد وقوانين المسابقات.
- ٧- تعريف الكفيف بالعائد التربوي من ممارسة النشاط الرياضى.

٤- **الجمباز:** الحركات الأرضية - الوقوف على الرأس، اليدين والكتفين -
المعجلة - الموازين.

٥- **السباحة:** تبدأ فى أحواض صغيرة للتعود على الماء وتعليم الطفو ثم فى
الأحواض الكبيرة التى تتناسب مع كل سن مع استخدام أهداف يصدر عنها
أصوات، كما يبدأ التعليم فى أحواض سباحة بدون حارات ثم يتم التقسيم
مع زيادة ارتفاع الماء بعد التأكد من إتقان الكفيف للسباحة.

أما بالنسبة لباقى الأنشطة التى يمكن أن يمارسها المكفوفين كلياً فسوف
نلقى عليها الضوء بشئ من الشرح الموجز لطريقة أدائها وهى:

٦- **ألعاب الحبال:** كالتسلق على الحبال المعلقة وبارتفاعات تتناسب مع
المكفوفين والوثب بالحبل لتنمية اللياقة البدنية وشد الحبل لتنمية روح
الجماعة.

٧- **دفع الأثقال:** المثبتة على حوامل أو من الرقود.

أهم الاعتبارات التى تراعى فى اختيار ألعاب الكفيف:

١- سهولة التنظيف.

٢- سهولة الإمساك.

٣- بها أصوات.

٤- لا تكون مصنوعة من مواد تضر بالطفل الكفيف.

٥- ألا تكون سهلة الكسر.

٦- ألا تكون سهلة البلع.

٧- مألوفة بالنسبة للبيئة التى يعيش فيها.

٨- أن تناسب مع قدراته العقلية ومرحلته السنية.

٤- الإضاءة:

لا بد أن تضاع بدرجة كافية وقوة.

٥-الأدوات:

يجب أن تتسم بالأمان تمامًا من حيث ثباتها وأن توضع بنظام معروف للمكفوفين وأن تكون صالحة للاستعمال.

الكرات تكون أكبر حجماً من المستخدم مع المبصرين وأن تلون باللون الأبيض أو الأصفر وأن يوضع بها جرس، كما لا بد للكفيف أن يتعرف على الملعب الذي سوف يلعب عليه وأماكن الأجهزة ونقط الدوران التي يجب أن تحدد بعلامات حسية ترشد الكفيف.

دورمدرب التربية الرياضية

فى تنمية الرؤية الوجهية لدى الكفيف لمدرّب التربية الرياضية أن يلعب دوراً
فى تنمية الرؤية الوجهية لدى التلميذ الكفيف والمقصود بالرؤية الوجهية هى تنمية
قدرة التلميذ على تحديد العقبات التى تعترض طريقه حتى لا يصطدم بها مستغلاً
فى ذلك حاسة السمع وقدرته على تحديد مقدار ضغط الهواء الواقع على وجهه
أشياء تقدمه وبدلاً من الأرتطام به يلتفت حول الشيء بسهولة.

وتعتبر هذه المهارة سهلة لمعظم أصحاب الإعاقة الولادية ولكنها تحتاج إلى تعليم لأصحاب الإعاقة الطارئة ويمكن تدريب المكفوفين على إتقان هذه المهارة باستخدام لوحة من الكارتون أو مرتبة إسفنج أبعادها ٢×٢ متر. يطلب من الكفيف أن يسير في اتجاه اللوحة أو المرتبة ثم يقف أمامه مباشرة دون أن يلمسه ثم يتم تحريك اللوح خلف الكفيف ويطلب منه التحرك للخلف والتوقف قبل الوصول للوح ثم يتم بعد ذلك تدريبه في مواقف حقيقية مع مراعاة عوامل الأمن والسلامة

٣- يقف المدرس على بعد معين من التمييز ثم ينادى عليه ليتحرك تجاهه مع تقدير المسافة التي سارها من نقطة البدء حتى نقطة التوقف.

أما عملية تقدير الوقت فهي عملية تعتمد على مقارنة ما يقدره الكفيف لاداء نشاط معين والزمن الفعلي لاداء هذا النشاط فمن المعروف أن الزمن الفعلي هو الذي يتم حسابه باستخدام الساعة أم الزمن الشخصي فهو الزمن الذي يشعر به الشخص نفسه وهو يرتبط بالحالة الانفعالية للشخص.

... وعملية تقدير الوقت يمكن تدريب الكفيف عليها من خلال:

١- أطلب من التلاميذ نقل مجموعة من الكرات البلاستيك الموضوعة في إناء أمامهم إلى إناء آخر مجاور في زمن محدد.

٢- إعطى كل تلميذ بالونه واطلب منهم نفخ هذه البالونه واحسب الزمن الذي يستغرقه كل تلميذ في اداء هذا العمل.

٣- دع الطفل يقدر الوقت الذي يستغرقه في ارتداء ملابسه أو خلع ملابسه ثم اطلب منه مقارنة هذا الوقت بالوقت بالفعل.

٤- اطلب من التلميذ أن يقدر الوقت الذي يستغرقه في السير من الفصل حتى فناء المدرسة أو الوقت الذي يستغرقه في قطع مسافة ١٥ متر.

٥- اطلب من تلاميذك ذكر الأعمال التي يستطيعون اداؤها خلال ١٠ ثواني، دقيقة، ساعة.

والصراع والإحباط، وغيرها، وليست بالضرورة أن تكون الضغوط سلبية، وبالتالي فإننا لا نستطيع الإحجام عنها أو الهروب منها أو أن نكون بمنأى عنها؛ لأن ذلك يعنى تناقض فعاليات الفرد وقصور كفاءته، ومن ثم الإخفاق فى الحياة، فالمرء بدون ضغوط يعنى الموت بالنسبة له، ولكن ليس معنى هذا أننا نقر بمعاشية الإنسان للضغوط، ولكن يجب ألا تكون الضغوط متكررة ومستمرة حتى لا تؤدى إلى تأثيرات سلبية على الفرد وحياته؛ لذا يجب على الفرد عندما يحس أو يشعر بوجود إنذار للضغوط ألا يستسلم لها، ولا يجعل نفسه مستهدفاً لهذه الضغوط، بل يجب مقاومة هذه الضغوط بحشد كل طاقاته لمواجهة تلك الضغوط، وذلك بمحاولة تغيير الظروف والعوامل والأسباب التى أدت إلى الضغط النفسى حتى لا تؤدى بالفرد إلى الإنهاك والتدهور، وبالتالي تحد من تفاعل الفرد مع المجتمع والبيئة المحيطة، وإيضاً فقدته القدرة على اتخاذ القرارات خاصة التى تتعلق بحياته وحياة أسرته، والأسرة بوجه عام تعيش تحت ضغوط متعددة، خاصة فى مثل هذه الأيام التى تحتاج فيها الأسر إلى إشباع حاجات أطفالها، ومدى قلق الأسر على مستقبل أبنائهم، خاصة بعد الجهد الوفير الذى يقوم به الآباء والأمهات فى العناية بهؤلاء الأطفال، وتقديم كل ألوان المساعدة، والتضحية، والإيثار لهؤلاء الأبناء، حتى يعيش هؤلاء الأطفال فى جو مستقر يؤدى بهم إلى التوافق الشخصى والاجتماعى، ويجعلهم قادرين على القيام ببعض الأنشطة المنزلية كنوع من المشاركة الأسرية، أو الاعتماد على أنفسهم فى بعض الاحتياجات الخاصة بهم كنوع من تحمل المسئولية، والاعتماد على النفس - هذا بالنسبة للطفل العادى - ولكن الأمر يختلف بالنسبة للطفل المعوق الذى تزداد درجة اعتماده على الأسرة نتيجة لإعاقته، وخاصة الأم التى يطول اعتماد الطفل عليها، مما يشكل لها عبئاً مادياً ونفسياً يحتاج إلى الدعم والمساندة من الآخرين؛ لأنه فى بعض الأحيان تتفرغ الأم لرعاية طفلها والعناية به دون إخوته، وقد تكون العناية بهذا الطفل المعوق سبباً فى ٩٩ التحصيل الدراسى

Family Relationshipsالعلاقات الأسرية

يقصد بالعلاقات الأسرية طبيعة المناخ الأسرى، أو العلاقات والتفاعلات التى تربط أفراد الأسرة بعضهم ببعض، بحيث يصل الفرد من خلاله إلى مستوى مناسب من الصحة النفسية، أى العلاقات التى تتكون بين أفراد الأسرة، والتى يترتب عليها أن يؤثر كل فرد فى الآخر بقصد تكوين خبرات جديدة نتيجة التفاعل العائلى لهذه العلاقات التى تقوم على مبدأ القدوة الحسنة للوالدين، والتى تتميز بصفات جميمة بين الإخوة أساسها الود والإخاء والحرية والصراحة مع الاستمرار والدوام، والعلاقات بين الوالدين أو بين الوالدين والأطفال هى التى تميز أسرة عن أسرة معينة، وهذه العلاقات تتفاوت تفاوتاً كبيراً فى الأسلوب الانفعالى وفى اتجاهات الأعضاء بعضهم البعض الآخر، وبعض الأسر تتسم فى علاقاتها بالدفء الانفعالى، والبعض الآخر يتسم بالبرودة، ونجد أن أعضاء بعض الأسر علاقاتهم متباعدة، وأعضاء بعض الأسر علاقاتهم منفتحة للأصدقاء والأقارب، بينما نجد أسراً أخرى مغلقة، وهى بعض الأسر نجد طفلاً أو أكثر محبوبين، ويجدون تقبلاً، وهى أسر أخرى نجد طفلاً أو آخر معرضين للنبد، والأسرة قد تكون أسرة تجمع بين الوالدين وأولادهما وهى تعرف بالأسرة النووية، أو تتكون من الأجداد والأعمام وأبنائهم بالإضافة إلى ذلك وتعرف بالأسرة الممتدة، ومن بين ما تسمى إليه المنظومة الأسرية من أهداف : إشباع الحاجة للأمن، والحاجة للانتماء والحاجة للحب، وتوفير الأسرة لأفرادها وسيلة اجتماعية مقبولة لتهيئة الأطفال لدخول العالم، وتعدهم بوسائل الحضارة التى يعيشون فى إطارها منذ مولدهم، وينظر كثير من الآباء إلى الأطفال على أنهم امتداد لهم، والبعض الآخر ينظر إلى الأطفال على أنهم وسيلة لتخليد ذكراهم، فالطفل فى هذا الجو العائلى يتعلم كيف يعيش ويتكون شخصيته وعاداته واتجاهاته وميوله .

نابع من محيط أسرته التى تنشأ فيها، فهى تلعب دوراً كبيراً فى تكوين شخصيته فى حياته المقبلة، على الرغم من أن شخصية الطفل تخضع لمؤثرات تربوية مختلفة (المدرسة - الجامعة - النادى - دور العيادة - جماعة الأقران) عندما يكبر إلا أن جوهر شخصيته كما تكون فى الطفولة المبكرة يظل هو المحرك الرئيسى.

ترتيب الطفل فى الأسرة

يعتبر ترتيب الطفل بين إخوته أحياناً مصدراً لاضطرابات مختلفة تصيب بناء شخصيته وتعرفل نموه النفسى السليم إذا لم يعمد الأهل إلى تفهم سيئات الفيرة واستثمار إيجابياتها وتفعيلها لتصبح ميزة يستغلها الطفل لتحقيق النضج والنمو السليم.

الطفل الأول :

يمثل الطفل الأول بداية الحياة الأسرية حيث يصبح الزوجان والدين لأول مرة لهذا الطفل ويأخذ هذا الطفل طريق من البهجة والسعادة وينال الطفل اهتمام ورعاية الوالدين بل وكل المحيطين بالأسرة من الأجداد والعمات والخالات وكل ما يطلب يستجاب لهذا الطفل أحياناً فهو يتميز بالخوف والقلق عندما يكبر بسبب الرعاية الزائدة عن الحد التى لو استمرت قد تولد عنده بعض السلبيات فى سلوكه كالخمول والكسل واللامبالاة والخوف ولكن لو انتبه الوالدان لهذه الحماية ومخاطرها سوف يشق الطفل طريقه فى الحياة بشكل طيب يؤدى به إلى التوافق النفسى مع البيئة التى يعيش فيها .

الطفل الأوسط

هذا الطفل له بعض المزايا والعيوب حيث يكون الوالدان اكتسبا بعض الخبرات فى تربية الطفل الأول مما ينعكس إيجابياً على الطفل الأوسط ويكون نموه حسن نتيجة الاستفادة من كل الخبرات السابقة أو قد يقع تحت سلطة والديه أو قد يتعرض للإهمال خاصة من الأم وعدم تفهم مطالب الطفل واحتياجاته وعدم التفريق بين

الأسرة، ويعنى ذلك أن الاتجاه الإيجابى عند الآباء نحو الطفل غير العادى يتناسب طرديًا مع زيادة عدد الأطفال العاديين فيها، وهذا ينتقل أثره بالتبعية ليشمل أفراد الأسرة بلا استثناء، وعلى الرغم من الآثار الضارة الواقعة على الطفل المعوق، والناجمة عن الاتجاه السلبي للأسرة نحوه، والتي قد يكون من شأنها ازدياد حالته النفسية سوءًا، وتأخير مراحل علاجه، وشدة معاناته من مشكلات إعاقته، وإصابته بأعراض جانبية تتركه فإن الأسرة قد لا تنعم بحالة من الاستقرار الوضعى فيها نتيجة لكثرة المشكلات الناتجة عن سوء التوافق بين الطفل المعوق مع أشقائه وشقيقاته العاديين الذى يهملونه ولا يشعرون بإعاقته، إن الأسرة التى ينتمى إليها طفل معوق تعاني من التوتر والقلق والاضطراب فى التفاعلات الشخصية بين أعضائها.

٢- نوع الأطفال العاديين : Gender of Normal Children :

يتوقف اتجاه الأطفال العاديين نحو الطفل الموق الذي يخالطونه في نطاق الأسرة على عامل الجنس، فعلى الرغم من أن الأطفال العاديين الذكور قد يبدون اهتمامًا واضحًا ملحوظًا نحوه، ويحاولون مساعدته، والعطف عليه، والتعاطف معه، فإن عاطفة الأمومة الكامنة لدى الأطفال العاديين من الإناث تجعلهن أقرب مودة له وأكثر رحمة به وأرق تعاملًا معه، ولما كان الأطفال العاديين من الإناث يملن إلى تقليد أمهاتهن في أغلب الأدوار التي يقمن بها بما فيها دور الأمومة المتميز بالدفء والمحبة والرعاية والنفية، مما يجعل تعاملهن معه نابعًا من أعماقهن، فإن اتجاههن نحوه يميل إلى الإيجابية بشكل ملحوظ في أغلب الأحيان.

٣- الحالة الاجتماعية الاقتصادية: Socioeconomic Status

يعتبر دخل الأسرة المرتفع من أهم العوامل التي يسهم إسهامًا كبيرًا في رعاية الطفل المعوق لإمكانية الإنفاق عليه بسخاء، وإمكانية تغطية كافة التكاليف التي تتطلبها هذه الرعاية مهما تكن الفترة الزمنية التي تستغرقها أملين في الله

أسباب السرقة :

١ - عوامل التنشئة الأسرية : خاصة إذا كان الطفل يتمتع بحماية زائدة وأن كل ما يطلب يستجاب وفي لحظة ما أصبحت الأسرة غير قادرة على تلبية مطالب الطفل، أو عدم تعويد الطفل على احترام ملكية الآخرين، أو التفاضى عن سلوك الطفل عند استحواذه على ممتلكات أخوته أو زملائه فى المدرسة. أو التفكك الأسرى الذى يقود الطفل إلى التسرب من التعليم والخروج إلى الشارع لينظم إلى فئة أطفال الشوارع التى تتميز بكل الانحرافات السلوكية.

٢ - افتقاد القدوة الحسنة : كان تقدم الأم بسرقة بعض المبالغ من الأب دون علمه أو العكس صحيح أو رؤيته لوالده أو والدته لإخفاء بعض الأشياء أثناء الشراء وعدم دفع ثمنها.

٣ - جماعة الأقران السواء: أى صداقته لأطفال من بيئات إجرامية ومفاخرتهم أمامه بهذه السرقة مما يجعله يقلدهم ويحاكيهم فى هذا السلوك الخاطئ.

٤ - العوامل الثقافية : وأهمها وسائل الإعلام المرئية المسموعة والمقروءة وما تعرضه من سلبيات خاصة عند عرض بعض الأفلام العربية أو الاجنبية التى تدور حول عمليات السرقة وأساليبها ونظراً لغياب دور الأسرة فى توجيه الطفل فى البعد عن هذه الأساليب التى تؤدى إلى ما لا يحمد عقباه نجد بعض الأطفال يقومون بتقليد هذه الأفلام لممارسة السرقة.

علاج السرقة :

- ١ - غرس القيم الدينية لدى الأطفال وتعميق الوعى الدينى.
- ٢ - عدم التجاهل لسلوك الطفل فى السرقة وردع الطفل حتى لو كان الأمر

٢ - تفسير الشيء المخيف للطفل ومحاولة تبسيط هذا الشيء المخيف والبعد عن المبالغة والتحويل.

٣ - تصحيح المفاهيم الخاطئة لدى الطفل من الشيء المخيف.

٤ - عدم تعرض الطفل للمواد الإعلامية المستقزة (كأفلام الرعب أو قصص العنف).

٥ - تمديد الطفل على التصرف والتعامل مع المثيرات البيئية برفق دون خوف كالتعامل أو التصرف مع الحيوانات أو الحشرات الطائرة أو الطيور.

٦ - تزايد سلوك الوالدين في المنزل في التعامل مع الأمور الطارئة التي تحدث في الأسرة على فترات متباعدة كذبح خروف العيد وروية الدم أو قتل أحد الحشرات الطائرة المفاجئة داخل المنزل.

٧ - محاولة تغيير البيئة التي تحدث الخوف للأطفال بإضاءة سلم العمارة أو توفير مصدر بديل للإضاءة في حالة انقطاع التيار الكهربائي.

٨ - في حالة تعذر حل المشكلة اتباع العلاج السلوكي النفسي عن طريق المعالج النفسي.

٧- السلوك العلواني

يقصد بالسلوك العدوانى كل فعل يتسم بالعداء تجاه الموضوع أو الذات، أى إلحاق الأذى لشخص من شخص آخر بهدف تحقيق السيطرة على الآخر، أو تعويضاً عن الحرمان، والسلوك العدوانى يعد استجابة طبيعية للإحباط على الرغم من أن بعض مدارس علم النفس ترى غير ذلك، منها مدرسة التحليل النفسى والعدوان يؤدى إلى التدمير.

والعدوان سلوك مكتسب من البيئة التي نشأ فيها الطفل، ويكتسب هذا السلوك عن طريق المحاكاة أو التقليد، وهذا يرجع إلى نوعية العلاقات داخل الأسرة والعوامل المؤثرة فيها، ويتميز الطفل العدوانى بالحركة الزائدة، وعدم

٨- الغضب

أحد الانفعالات الشائعة لدى الأطفال خاصة الطفل الوحيد، وإن كانت هناك فروق بين الأفراد فى التعبير عن الغضب على الطفل حينما تقرض عليه بعض القيود أثناء موافق التعلم، أو حينما ترغب الأسرة فى تعويد طفلها على ضبط سلوكياته على ألا يكون شاذاً عن البيئة المحيطة، فالغضب رد فعل للمواقف المحيطة لدى الطفل، وهو أحد الأساليب التى يلجأ إليها الطفل للفت أنظار القائمين على رعايته حتى يلبوا رغباته، وتختلف مظاهره باختلاف مرحلة نمو الطفل.

أسباب الغضب :

- ١ - العوامل الأسرية ومنها عدم الاهتمام بإشباع حاجات الطفل كالطعام والشراب وعملية الإخراج والنوم مما يستثير الطفل ويجعله غاضباً .
- ٢ - عدم اهتمام الآباء والامهات بالملكية الشخصية للطفل (كأن تعطى إحدى لعباته لأحد اقاربه أو إخوته الصغار دون موافقته).
- ٣ - التهكم والسخرية من الطفل عند صدور سلوك خاطئ منه أو إخفاقه فى بعض المواد الدراسية.
- ٤ - عدم الاهتمام بمزاج الطفل خاصة عند مشاهدة أحد البرامج التلفزيونية أو ممارسة بعض اللعب مع أصدقائه أو إيقافه من النوم بانفعال أو صوت عالى.

علاج الغضب:

- ١ - فهم دوافع الطفل أو محاولة فهم الدوافع الأساسية التى تدفع الطفل للغضب ولما يقوم به من أعمال العنف والمشاكلة.
- ٢ - تدريب الطفل على حل مشاكل منذ الصغر. فالطفل الصغير يغضب إذا تعطلت لعبته عن العمل، فيجب أن تحتاط دائماً فى اختيارنا للعب الأطفال أن تكون بسيطة التركيب وأقل عرضة للتعطيل.

٢ - تشجيع الطفل وحث الثقة في نفسه وتأكيد قدرته على ممارسة شتى الأعمال التي تتوافق مع قدراته العقلية والجسمية.

٣ - الأخذ بيد الطفل من قبل الأسرة والمعلم في المدرسة في محاولة التغلب على هذا الشعور بالنقص مع تشجيع الطفل وتأكيد الثقة بنفسه ليتمكن بعد ذلك من الاندماج تدريجياً ودون خجل في شتى مظاهر الحياة.

- هذا ويمكن علاج هذه المشكلات إذا ما تتبعنا الأسباب التي أدت إلى هذه المشكلات ومحاولة إزالتها أو الحد منها حتى نجعل هذا الطفل ينعم بالهدوء والاستقرار لكي يتوافق مع نفسه ومساعدته في تحقيق النمو النفسي والاجتماعي السليم.

١٦- التأخر الدراسي

من أهم المشكلات التي تواجه الأسرة مشكلة التأخر الدراسي وهذه المشكلة تحتل مكاناً بارزاً عند كل المشتغلين ولديهم اهتمام بالطفولة والتلاميذ المتأخرين دراسياً هم الذين لا يستطيعون تحقيق المستويات المطلوبة منهم في الصف الدراسي مقارنة بزملائهم العاديين فهذه الفئة من حيث الذكاء تقع بين العاديين (متوسطى الذكاء) والمعوقين عقلياً أو الذين تتراوح درجة ذكائهم بين ٧٥ - ٩٠ وهم متأخرون في معظم المواد الدراسية وقدراته متواضعة في العملية التعليمية لأن العملية التعليمية وما تحتويه من نشاط التلميذ داخل المدرسة سواء في استيعاب المواد الدراسية ومدى تفاعله مع المعلم داخل الفصل الدراسي ومدى قدرته على التحصيل الجيد وأيضاً مدى قدرته على استذكار الدروس بالمنزل أولاً بأول ولعل هذا الموضوع كثيراً ما يشغل بال الأسرة وتثير صوراً مختلفة من القلق والتوتر لأنهم يرون في هذا الابن أو الفتاة تحقيق طموحاتهم التي لم تحقق لديهم لوجود بعض المعوقات في حياتهم وأحياناً يزداد القلق عندما تقترب الامتحانات وقد تختلف اتجاهات الآباء والأمهات في هذا الموقف.

ثانياً الإرشاد النفسى الأسرى:

هو عملية مساعدة الفرد فى اختيار زوجه والاستعداد للحياة الزوجية والدخول فيها، والاستقرار والسعادة وتحقيق التوافق الزوجى، وحل ما قد يطرأ من مشكلات زوجية قبل وأثناء وبعد الزواج.

- كيفية إرشاد أسرة الطفل المعوق:

إن العناية المنشودة من أية عملية إرشادية فى مجال الإعاقة عمومًا، هى مساعدة الفرد أو الجماعة الإرشادية على اكتساب سلوك أفضل يساعده على التوافق السوى مع نفسه ومع الآخرين، ومن ثم المساهمة فى الوصول بالمعوق إلى عملية التأهيل المنشودة، فالإرشاد الأسرى هو مساعدة أفراد الأسرة (الوالدين - الأولاد - حتى الأقارب) فرداً أو جماعة فى فهم الحياة الأسرية ومسئولياتها لتحقيق الاستقرار، والتوافق الأسرى، وحل المشكلات الأسرية، والعملية الإرشادية لا تقف عند حد مساعدة الفرد أو الجماعة فى التغلب على المشكلة، ولكنه يمتد إلى توفير الاستبصار للفرد - وللجماعة فى حالة الإرشاد الجماعى - الذى يمكنه من زيادة تحكمه فى انفعالاته، وزيادة معرفته بذاته، وبالبيئة المحيطة به، وبالتالى زيادة قدرته على السلوك البناء والإيجابى، وهكذا يمكن النظر إلى الإرشاد الأسرى فى مجال رعاية الأطفال المعوقين على أنه : مجموعة من التوجيهات العملية التى تقدم لأسرة الطفل المعوق، لاسيما الوالدين، بهدف تدريب، وتعليم أفراد الأسرة اكتساب المهارات والخبرات التى تساعدهم فى مواجهة مشكلاتهم المترتبة على وجود طفل معوق لديها، سواء ما يتعلق منها بالتنشئة الاجتماعية لهذا الطفل، أما ما يتعلق بتأهيله باستخدام كل الوسائل المتاحة، والتى يمكن إتاحتها لتقليل الآثار المترتبة على الإعاقة حتى يبلغ الطفل المعوق أقصى استفادة ممكنة من قدراته وإمكاناته.

وفهمه لحاجات ومتطلبات بيئته، وتعلم كيفية التوفيق بينها، وذلك يمكنه من حل ما يواجهه من مشكلات فيما بعد بشكل مقبول.

٢ - يمكن التعاون مع الآباء في مساعدة الطفل للتغلب على ما يواجهه من مشكلات من خلال ما يمكنهم تقديمه إليه من تدعيم للسلوك المرغوب.

دور الآباء في الإرشاد النفسي لأطفالهم:

١ - الملاحظة الدقيقة لسلوك الطفل وأفعاله منذ مولده.

٢ - تهيئة البيئة الملائمة للنمو السليم.

٣- تشجيع الطفل على الانتماء إلى جماعة.

٤ - تشجيع الطفل على الاعتماد على نفسه، ومحاولته العمل بمفرده، وتحمله المسؤولية، ومكافأته أحياناً.

٥ - فهم قدرات الطفل، وميوله، وإمكانياته، والتعرف على مشكلاته مبكراً.

٦- الاهتمام بطرق دراسة الطفل، والقراءة المبسطة عن الطفولة؛ للحكم موضوعاً على سلوك الطفل وأفعاله.

٧ - دراسة مشاعر الطفل بتركه يتم قصة بدأناها نحن له.

٨ - التحدث إلى الطفل نفسه للكشف عن ميوله واتجاهاته.

المكان المناسب لإجراء عملية الإرشاد النفسي للطفل:

إن لتهيئة المكان المناسب لإجراء عملية الإرشاد النفسى للطفل أهمية خاصة، فسواء لجأ الطفل بنفسه للمرشد أم أن شخصاً آخر قام بتحويله يظل الطفل دائماً بحاجة للمعونة فى مجالات النمو النفسى والاجتماعى والتعليمى؛ لذلك يجب إعداد المكان وتزويده بما يتناسب والحاجات الخاصة بكل طفل، وحجرة المرشد غير عادية، حيث ينبغي أن تكون جذابة للطفل بما فيها من لعب وكتب مصورة ونماذج

- ٧ - من الضروري توزيع الاهتمام من جانب الوالدين على جميع أفراد الأسرة.
- ٨ - واجه الموقف بشجاعة، ولا تخفى الطفل عن الآخرين.
- ٩ - قدم المعلومات لباقي الأبناء حول حالة أخيهم، أو أختهم، وما يجب عليهم أن يتبعوه معه.
- ١٠ - لا تحجب الطفل عن أنشطة الحياة؛ لأنك بذلك تحرمه من خبرات مهمة، وتقلل من فرصة تعليمه ونموه.
- ١١ - التدخل المبكر يساعد على تقليل الآثار الضارة التي تنشأ عادة عن إهمال الإجراءات المناسبة في الوقت المناسب.
- ١٢ - حاول أن تجعل العلاقات بين إخوة الطفل المعوق علاقات طبعية فيها الرفق والمودة.
- ١٣ - تعليم الأبناء أن معاملة المعوقين يجب أن تكون بشكل مناسب وإيجابي وأنها التزام ديني، وأخلاقي، واجتماعي، يساعد كثيرًا على إشاعة جو الألفة والمودة في الأسرة.
- ١٤ - لا تجعل أبنائك العاديين يشعرون بالحرمان نتيجة اهتمامك الزائد بالطفل.
- ١٥ - الطفل المعوق قد تنقصه بعض القدرات العقلية أو السمعية أو البصرية الذكاء، ولكن له حاجات، وله مشاعر، وهو قبل كل شيء إنسان يستحق الحب والرعاية.

الإرشاد النفسي للمكفوفين؛

ديناميكية واستمرارية علاقة الطفل المكفوف بنفسه والآخرين وبيئته، ترتبط بتوافقه بين حاجاته ومتطلباته البيئية وهو الرضا بالواقع الذي يبدو هنا والآن مستحيلًا على التغيير، ولكن إدراك الطفل المكفوف بصريًا للأشياء يكون إدراكًا

ولتحقيق برنامج إرشادي للمكفوف هناك مجموعة من الإجراءات المخططة على أسس علمية تستهدف تقديم المساعدة للمكفوفين ومن هذه الإجراءات.

١- مدى الإعاقة ودرجتها.

٢- وجود أهداف محددة يعمل في ضوئها البرنامج وتوضع على أساس حاجات الأفراد موضع الإرشاد.

٣- وجود خدمات إرشادية تدعم البرنامج.

٤- أن توضع له إجراءات تقييم موضوعية.

أرشادات للتعامل مع الكفيف:

١- المصافحة بدلاً من الابتسامة.

٢- أن تتأديه باسمه.

٢ = عدم رفع الصوت مع الكفيف أثناء الحديث.

٤- لا تشعروا بالأحراج من التحدث عن كف البصر فهذا لا يضايقه.

٥- لا تفرقيه بالمساعدات الميه يشعر بوجوده (برفع صوته).

٦- الارشادات خذ بالك من يمثل ؟؟؟؟؟ وفلفل.

٧- لا تتركى الابواب نصف مفتوحة فى المنزل والسيارة.

٨- إذا لزم تغيير أماكن الأثاث تعلم الطفل بذلك.

٩- عدم مسك يد الكفيف مباشرة قد لا يكون محتاج إلى المساعدة.

كيفية التعامل مع الكفيف:

١- الكفيف مثل أي شخص لذا يجب أن يعامل كأى شخص بشكل طبيعي وبدون

له فيسمع الصوت ويعرف الموقع والاتجاه ويسهل عليه أخذه، وإما أن تقريبه من يده حتى يلمسه ويشعر به فيستطيع أخذه.

١٦- عند تقديمك شراباً له، لا تملئي الكأس إلى آخرها. وإذا قدمت له طعاماً فاذكرى نوعية هذا الطعام، واذكري موقعه على الطاولة وموقع الكأس والأدوات الأخرى، وذلك لكي يتسنى له أخذ ما يريده بدون أن يوقعه، علماً أن أفضل طريقة لشرح مواقع الأشياء تتمثل في استخدام «طريقة الساعة»، وهي كالتالي: تشرحين للكفيف وتقولين له إن الكأس عند الساعة ٦ والطبق عند الساعة ٣ وقطعة الجبن عند الساعة ٩.. وهكذا.

١٧- عند توصيل طفلك الكفيف إلى سيارة ما فلا تفتحي له الباب، فإنك إن فعلت ذلك تعرضينه لخطر الاصطدام بحافة الباب. لذا يكفي أن تضعي يده على مقبض باب السيارة، وهي يقوم بالباقي.

١٨- إذا قابلت كفيفاً في الطريق فلا تمسك يده مباشرة وتجره فقد لا يحتاج إلى مساعدتك.. وعليك أولاً أن تعرض عليه المساعدة، فإذا كان بحاجة إليها طلبها منك وإذا رفضها فهذا يعني أن بإمكانه الاعتماد على نفسه في هذا الأمر ويجب أن نشجعه على ذلك.

واجبات الأسرة في رعاية الكفيف:

إن واجب الأسرة تجاه طفلها الكفيف مهم وخطير في ذات الوقت، لأن الأسرة تتولى رعاية طفلها الكفيف منذ نعومة أظافره، وتتدخل تدخلاً مباشراً في تشكيل شخصيته، وتؤثر بدورها على صحته النفسية الأولى، فالأسرة هي المسئولة عن رسم معالم مستقبل طفلها الكفيف.

وإذا تطرقنا إلى موقف الأسرة تجاه أبنائها الكفيف نرى أن هذه المواقف تتمثل في رفض الاعتراف بإعاقة الطفل وتجاهله، وقبول الطفل المعاق وهي كارهة وعدم إظهار ذلك للآخرين، السخط على القدر والنزاع المستمر بين الزوجين.

الاتجاهات الإيجابية للأسرة تجاه الكفيف:

ولأجل بلوغ أهداف التربية الاجتماعية وتحقيق العمل التربوي السليم للطفل الكفيف يجب على أعضاء الأسرة وبخاصة الوالدين أن يلموا إلماماً صحيحاً بأهمية العلمية والتربوية والاجتماعية لأعضاء وحواس الجسم، حتى يمكن أن يسير الطريق إلى العمل التربوي - وبالتالي إلى التكيف الاجتماعي - في مجراه السليم، لذا فمن الضروري أن تأخذ الأسرة في الاعتبار الحقائق التالية:

١- تدريب الحواس:

إن تربية الحواس الباقية تعتبر أهم واجب من واجبات أفراد الأسرة فتدريب الحواس الباقية أساس من أسس التكيف الاجتماعي للكفيف، فالحواس هي الوسائل التي تحمل الخبرة للإنسان فمن طريقها يتصل الكفيف بما في بيئته المحيطة به من أشياء وبذا يكتسب عن طريقها الخبرة والمعرفة وتقوم كل حاسة بوظيفتها في تلقى المثيرات المختلفة فتساعده على التفسير وتكوين المفاهيم والمعاني. وهذا يؤدي إذا إدراك فائدة الحواس في الإلمام بالبيئة المحيطة بالكفيف وزيادة الشعور بأهمية التحصيل في مجال اللمس والسمع بصفة خاصة.

٣- تجنب الحماية الزائدة:

وبهذا تستيقظ فى الطفل احتياجات خاطئة ولكن لا تزيد من استقلاله الذاتى.. وهذا يؤكد أن الخدمة المستمرة للطفل الكفيف من جانب والديه وإخوته تؤدى إلى ضعف الإرادة، وعلى العكس من هذا فعندما يتعود الطفل على خدمة نفسه بنفسه فتكون حينئذ قاعدة لها قيمتها فى توظيف إرادة الطفل الكفيف.

وهذا الموقف من جانب الوالدين مظهر من مظاهر الإفراط فى رعاية الطفل الكفيف وحمايته التى تتمثل فى الحماية الزائدة من الأخطار، والمغالاة فى رعايتهم، والتفكير الدائم عن مصيرهم مع الإعاقة، وعجزه فى الدفاع عن نفسه من خطر ومضايقات واعتداءات الآخرين عليه أشاد اللعب أو الاختلاط معهم.

ونتائج هذا الأسلوب من التربية الخاطئة وهو الإفراط فى رعاية الطفل الكفيف وحمايته والإسراف فى الحب والعطف عليه تنحصر فى الآتى:

أ- تعطيل نموه فلا تتاح له فرص الاستقلال بنفسه ولا تنمية ذات مستقلة من الآخرين.

ب- فقد الثقة بنفسه لأنه يشعر بأنه عاجز عن القيام بإشباع حاجاته بنفسه، ويتضح ذلك عندما يخرج إلى الحياة الاجتماعية بعيداً عن أسرته.

ج- تنمية صفة الأنانية فهذا الأسلوب يجعله يصور نفسه كأنه مركز الحياة وعندما يخرج إلى الحياة ولا يجد نفس الاهتمام الذى كان يجده فى الأسرة يعتقد أن المجتمع لا يقدره فيتخذ موقفه نحو العالم الخارجى إما على شكل عدوانى وإما على شكل انطوائى أو انعزالى عنه، وبذلك يختل توافقه مع الآخرين.

د- حرمانه من فرص التعليم الذاتى لأنه تعود على أن يقدم له كل شئ وبذلك لا يقوى على مواجهة الحياة وما يصادفه من صعاب ومشكلات.

هـ- عدم النمو والنضج الاجتماعى السليم.

من الواجبات المهمة للأسرة أن تسعى ل يتمتع الطفل التكيف بفترة شباب سعيدة وذلك عن طريق طفولة تتميز بحرية الحركة واللعب في جماعة والترفيه الموجه الذي يولد السرور والابتهاج الفطري للعقل فيكسب الطفل التكيف بهذا كترأ لا يفنى لحياته المستقبلية وأي فترة طفولة كثيبة ومعوقة للنمو الطبيعي تبقى في عواطف التكيف مثل الظلال السوداء التي لا تختفي أبداً حتى خلال سعادة حياته المستقبلية. وعلى العكس من ذلك فإن طفولة سعيدة تعتبر التربية الصالحة التي يلقى فيها بالأخلاق الفاضلة والبنور الطيبة.

وهذا يؤكد أهمية مرحلة الطفولة المبكرة في حياة الإنسان ففيها تتكون
المعالم الأولية لشخصية الطفل وفيها تنمو بذور التوافق والتكيف. والواقع أن كل
إنسان يحمل في طياته نفسه رواسب الطفولة، والخبرة هي الطفولة تحدد بدرجة
واضحة وسيلة الرضا النفسي والتوافق في الحياة المتأخرة، وهذا يوضح بجلاء
العلاقة الوثيقة بين التكيف وعملية النمو، وحيث أن البيئة المحيطة بالطفل تعتبر
عاملاً هاماً في تشكيل شخصية وتكوين اتجاهاته وميوله.

د- إن الحاجة إلى الحب ذات جذور عميقة في حياة الإنسان، فالطفل الكفيف كأي عاды يولد عاجزاً عن التكيف بنفسه مع البيئة الاجتماعية والطبيعية المحيطة به، إذ يحتاج إلى من يرعاه ويشبع حاجاته الأولية، ونتيجة لذلك ينشأ الطفل معتمداً على الآخرين، وهذا يولد فيه الحاجة إلى الرفيق، وتشبع هذه الحاجة خلال ارتباطه مع أفراد أسرته، وطول مدة الطفولة التي تحتاج فيها إلى رعاية الآخرين وظروف إعاقته هي التي تولد فيه الحاجة إلى انتباه الآخرين وتقديرهم وحبهم له.

وعدم إشباع حاجة الطفل إلى الحب يؤدي إلى تحطيم نفسيته، والجورمان منه يؤدي إلى القلق وغيره من ألوان الاضطراب النفسي، والبحوث أكدت أن انتزاع

الاتجاهات السلبية للأسرة تجاه الكفيف:

تتأثر العلاقات بين أفراد الأسرة والطفل الكفيف ولا تسير في طريقها الطبيعي مثل غيره من أخواته الأطفال بسبب كف بصره، وتظهر في صورة اتجاهات والديه سلبية نحو الطفل الكفيف ويتضح ذلك في الآتي:

- ١- الاتجاه نحو إنكار المعجز.
- ٢- الاتجاه نحو دليل الطفل وازدياد الشفقة نحوه.
- ٣- الاتجاه نحو رفض الطفل بصورة مريحة.
- ٤- الاتجاهات السلبية داخل المدرسة تجاه الكفيف.

أن الاتجاهات السلبية لدى المعلمين والطلاب والعاملين بالمدارس العامة إزائتهم وإصرارهم على عدم تواجدهم معهم والتي يمكن أن ينعكس آثارها بالسلب مما يخلق لديه عوامل نفسية واضطرابات تؤدي بدورها إلى أساليب دفاعية لدى الكفيف تكون منه شخصية انطوائية وانسحابية أو قد يلجأ إلى الهروب والعزلة.

المراجع

- ences. Vol.71(9-A), 2011, pp. 3226.
- 128- Early intervention of the blind and visually impaired children and their families: A Sloveninan case. (References). 2010.
Grum, Darja Kobal; Barbara.
Hrvatska Revija Za Rehabilitacijska Istrazivanja. Vol.46(2), 2010, pp. 116-127.
- 129- Home environments and perceived needs of Anglo and Latino families of young children with visual impairments (References). 2009.
Dote-Kwan, Jamie; Chen, Deborah; Hughes, Margaret.
Journal of Visual Impairment & Blindness. Vol.103(9), Sep 2009, pp. 531-542.
- 130- Tenemos que luchar por ellos: The lived experiences of three Latino immigrant families who have a young child with a visual impairment. 2009.
Smith, Brooke C.
Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. Vol.70(6-A), 2009, pp. 1890.
- 131- Family functioning and low vision: A systematic review. (References). 2009.
Bambara, Jennifer K; Wadley, Virginia; Owsley, Cynthia; Martin, Ror C; porter, Chebon; Dreer, Laura. E.
Journal of Visual Impairment & Blindness. Vol.103(3), Mar 2009, pp. 137-149.
- 132- Visual deficits in pre-readers at familial risk for dyslexia. (References). 2008.
Kevan, Alison; Pammer, Kristen.
Vision Research. Vol.48(28), Dec 2008, pp. 2835-2839.
- 133- Exploring the early literacy practices fo teachers of infants, toddlers, and preschoolers with visual impairments. (References). 2008.
Murphy, Jeanne Lovo; Hatton, Deborah; Erickson, Karen A.
Journal of Visual Impairment & Blindness. Vol.102(3), Mar 2002, pp. 133-146.
- 134- Insights from six blind Australian women. (References). 2008.
Gentle, Frances.
British Journal of Visual Impairment Vol.26(1), Jan 2008, pp. 99-108.

128- Early intervention of the blind and visually impaired children and their families: A Sloveninan case. (References). 2010.

Grum, Darja Kobal; Barbara.

Hrvatska Revija Za Rehabilitacijska Istraživanja. Vol.46(2), 2010, pp. 116-127.

129- Home environments and perceived needs of Anglo and Latino families of young children with visual impairments (References). 2009.

Dote-Kwan, Jamie; Chen, Deborah; Hughes, Margaret.

Journal of Visual Impairment & Blindness, Vol.103(9), Sep 2009, pp. 531-542.

130- **Tenemos que luchar por ellos: The lived experiences of three Latino immigrant families who have a young child with a visual impairment.** 2009.

Smith, Brooke C.

Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. Vol.70(6-A), 2009, pp. 1890.

131- Family functioning and low vision: A systematic review. (References). 2009.

Bambara, Jennifer K; Wadley, Virginia; Owsley, Cynthia; Martin, Ror C; porter, Chebon; Dreer, Laura. E.

Journal of Visual Impairment & Blindness, Vol.103(3), Mar 2009, pp. 137-149.

132- Visual deficits in pre-readers at familial risk for dyslexia. (References). 2008.

Kevan, Alison; Pammer, Kristen.

Vision Research, Vol.48(28), Dec 2008, pp. 2835-2839.

133- Exploring the early literacy practices fo teachers of infants, toddlers, and preschoolers with visual impairments. (References). 2008.

Murphy, Jeanne Loyo; Hatton, Deborah; Erickson, Karen A.

Journal of Visual Impairment & Blindness. Vol.102(3), Mar 2002, pp. 133-146.

134- Insights from six blind Australian women. (References). 2008.

Gentle, Frances.

British Journal of Visual Impairment Vol.26(1), Jan 2008, pp. 99-108.

Milian, Madeline.

Journal of Visual Impairment & Blindness, Vol.95(7), Jul 2001, pp. 389-402.

- 142- Attachment and psychological well-being among adolescents with and without disabilities in Kenya: The mediating role of identity formation. (References). 2013.

Abubakar, Amina; Alonso-Arbiol, Itziar; Van de Vijver, Fons J. R; Murugami, Margret; Mazrui, Lubna; Arasa, Josephine.

Journal of Adolescence. Vol. 36(5), Oct 2013, pp. 849-857.

- 143- Differential outcomes of skill training, group counseling, and individual cognitive therapy for persons with acquired visual impairment. (References). 2013.

Ueda, Yukihiro; Tsuda, Akira.

Japanese Psychological Research. Vol. 55(3), Jul 2013, pp. 229-240.

- 144- Transition to employment for students with visual impairments: Components for success. (References). 2012.

Crudden, Adele.

Journal of Visual Impairment & Blindness, Vol.106(7), Jul 2012, pp. 389-399.

- 145- Counselling for sight loss: Using systematic case study research to build a client informed practice model. (References). 2013.

Thurston, Mhairi; McLeod, John; Thurston, Allen.

British Journal of Visual Impairment, Vol.31(2), May 2013, pp. 102-122.

- 146- Exploring the role of an emotional support and counselling service for people with visual impairments. (References). 2013.

Hodge, Suzanne; Barr, Wally; Bowen, Louise; Leeven, Martina; Knox, Paul.

British Journal of Visual Impairment. Vol.31(1), Jan 2013, pp. 5-19.

- 147- Emotional support and counselling for people with visual impairment: Quantitative findings from a mixed methods pilot study. (References). 2012.

Barr, Wally; Hodge, Suzanne; Leeven, Martina; Bowen, Louise; Knox

فهرس الكتاب

مقدمة الكتاب

٧

الفصل الأول: الاعاقة البصرية

- ١- مدى الاهتمام بالمعوقين بصريًا ١٥
- ٢- أهمية حاسة الابصار ١٩
- ٣- حاسة الابصار (العين) ٢٤
- ٤- تطور سلوك الابصار ٢٩
- ٥- حاسة النظر عند الطفل الوليد ٣٠
- ٦- تطور سلوك الابصار عند الطفل ٣٢
- ٧- الادراك البصرى ٣٣
- ٨- الصبغة ٣٨
- ٩- مفهوم الاعاقة البصرية ٤١
- ١٠- تعريفات الاعاقة البصرية ٤٢
- ١١- عوامل الاعاقة البصرية ٤٧
- ١٢- أعراض الاعاقة البصرية ٥٢
- ١٣- تشخيص الاعاقة البصرية ٥٤
- ١٤- تصنيف الاعاقة البصرية ٥٩
- ١٥- شخصية الكفيف ٦٢
- ١٦- الخصائص الشخصية للمعوقين بصريا ٦٣
- ١٧- عيوب الابصار التى تؤثر على الرؤية ٧٥



هذا الكتاب

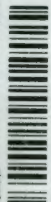
يتناول سيكولوجية أسرة المعوق بصرياً لأن الأسرة هي أول المؤسسات التربوية التي ينشأ فيها الطفل ويتعلم أول أساليبه السلوكية وتحدد معالم شخصيته فالطفل الذى يلقي الرعاية والاهتمام المتوازن من أسرته يكون أحسن سلوكاً وأكرم خلقاً وأذكى عقلاً وأقوى جسماً وأجود صحة.

وقد تناول المؤلف فى هذا الكتاب موضوعات عديدة كان أهمها مفهوم الإعاقة البصرية ودرجات الإعاقة والأسباب التى أدت إلى هذه الإعاقة وأعراض الإعاقة وكيفية تشخيص هذه الإعاقة وكيفية التعامل مع حاسة الإبصار وأهم المشكلات البصرية التى يتعرض لها الطفل.

كما تناول المؤلف أهم البرامج العلاجية والتأهيلية والتربوية التى تساعد الطفل المعوق بصرياً فى التوافق النفسى مع البيئة المحيطة به. كما تناول المؤلف دور الأسرة فى رعاية الطفل المعوق بصرياً وكيفية إرشاد أسرته للاستفادة من البرامج التأهيلية والعلاجية لوضع المسار الصحيح. وبهذا تكون الأسرة ساهمت مساهمة فعالة فى تنمية حدود قدراته بما يحقق له التوافق النفسى مع البيئة التى يعيش فيها. وأدعو الله أن يحقق لهذا العمل الفائدة المرجوة لرعاية الأسر والى تحقق لهم النمو النفسى السوى السليم.

المؤلف

Bibliotheca Alexandrina



1194115

ISBN 977-463-173-6



9 789774 631733